TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr CH. MAYGRIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ACCOUCHEUR DE LA CHARITÉ

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1900

PREMIÈRE PARTIE

TITRES SCIENTIFIQUES

I. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Docteur en médecine de la Faculté de Paris (1880).
Chef de Clinique d'accouchements (1882).
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, section d'accouchements (1886).

II. — ASSISTANCE PUBLIQUE

Externe des hôpitaux (1873).
Interne des hôpitaux (1876-1880).
Interne de la Maternité (1880).
Accoucheur du Bureau central (15 juin 1883).
Accoucheur de Tenon (1er juin 1884).
Accoucheur de la Pitié (création de service, 1er janvier 1886).
Accoucheur de Lariboisière (1er janvier 1895).
Accoucheur de la Charité (1er mars 1898).

III. — SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre honoraire de la Société anatomique.

Membre de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

Membre de la Société médico-chirurgicale.

Membre de la Société obstétricale et gynécologique de Paris (Président en 1896).

Membre fondateur de la Société obstétricale de France.

Membre fondateur de la Société d'obstétrique de Paris.

Membre titulaire de la Société de médecine légale de France.

IV. — PRESSE MÉDICALE

Collaboration au *Progrès médical* (depuis 1883).

Collaboration à l'*Année médicale* (1883-1892).

Collaboration à *La Revue des Sciences médicales* (1884-1898).

Collaboration à *l'Obstétrique* (Membre du comité de rédaction).

V. — ENSEIGNEMENT

ENSEIGNEMENT LIBRE

1879. — Cours d'anatomie et de physiologie aux élèves sages-femmes de la Maternité.

1881. — Cours libre d'accouchements à l'Ecole pratique.

1882, 1883. — Cours libres d'obstétrique.

Cours aux Ecoles municipales d'Infirmières de la Pitié, 1883 à 1895; de la Salpêtrière, 1885 à 1891; de Lariboisière, 1895 à 1898. (Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés).

1892. — Leçons de clinique obstétricale à l'hôpital de la Pitié.

ENSEIGNEMENT OFFICIEL

1888. — (Semestre d'été). — Cours aux élèves sages-femmes.

1888-1889. — (Semestre d'hiver.) — Conférences d'accouchements.

1889. — (Semestre d'été.) — Cours complémentaire d'accouchements. Cours de manœuvres opératoires obstétricales à l'Ecole pratique de la Faculté.

1890. — (Semestre d'été.) — Cours aux élèves sages-femmes.

1890-1891. — (Semestre d'hiver.) — Conférences d'accouchements.

1891. — Suppléance do M. le Professeur Tarnier pendant les vacances. (Leçons de clinique obstétricale).

1892. — (Semestre d'été.) — Cours complémentaire d'accouchements. Cours de manœuvres opératoires obstétricales à l'Ecole pratique de la Faculté.

1893. — (Semestre d'été.) — Cours complémentaire d'accouchements. Cours de manœuvres opératoires obstétricales à l'Ecole pratique de la Faculté.

1893-1894. — (Semestre d'hiver.) — Conférences d'accouchements.

1894-1895. — Cours d'un an aux élèves sages-femmes.

1896. — (Semestre d'été.) — (Rappel en exercice.) — Cours complémentaire d'accouchements. Cours de manœuvres opératoires obstétricales à l'Ecole pratique de la Faculté.

1897-1898. — (Rappel en exercice.) — Cours d'un an aux élèves sages-femmes.

1898. — Suppléance de M. le Professeur Budin pendant les vacances. (Leçons de clinique obstétricale.)

1898-1899. — Enseignement des stagiaires à la Charité. (Leçons de clinique obstétricale.)

1899. — Suppléance de M. le Professeur Budin pendant les vacances. (Leçons de clinique obstétricale.)

DEUXIÈME PARTIE

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

CHAPITRE PREMIER

THÈSES. — TRAVAUX DIDACTIQUES

1. — ÉTUDE SUR L'OPÉRATION DE PORRO, OPÉRATION CÉSARIENNE SUIVIE DE L'AMPUTATION DE L'UTÉRUS ET DES OVAIRES

Thèse de Doctorat. Un volume in-8° de 93 pages. Paris, 1880.

Ce travail date d'une époque de transition dans l'histoire de l'opération césarienne. Avant 1876, l'opération césarienne ne donnait que des désastres dans les grandes villes, où on n'osait plus la pratiquer.

A Paris, le dernier cas de guérison remontait à Lauverjat en 1787. C'est en 1876, à Pavie, dans une Maternité où sévissait l'infection puerpérale, que le Professeur Porro eut recours, avec l'application rigoureuse de la méthode antiseptique, au procédé opératoire qui porte son nom, c'est-à-dire qu'il fit une section césarienne, suivie de l'amputation utéro-ovarique ; il réussit à sauver la mère et l'enfant. Son exemple fut immédiatement suivi et l'opération nouvelle fit rapidement son chemin.

Ce n'est qu'en 1879 qu'elle pénétra en France.

Nous étions alors interne à la Maternité et nous assistâmes à la première opération de Porro qui eut lieu à Paris. Elle fut faite en ville, le 24 février 1879, par notre maître Tarnier, chez une femme dont l'excavation pelvienne était oblitérée par une tumeur fibreuse qui mettait obstacle à l'accouchement. C'était la seconde fois que cette opération était pratiquée en France; Tarnier avait été devancé de quelques jours par le professeur Fochier de Lyon (2 février 1879). Pendant cette même année 1879, et au commencement de 1880, nous avons eu l'occasion d'assister nos maîtres Tarnier et J.-L. Championnière dans cinq autres opérations de Porro, pratiquées toutes pour des angusties pelviennes considérables.

Ces six observations d'une opération qui faisait ses débuts en France nous ont fourni le sujet de notre thèse inaugurale. Décrire l'historique du procédé de Porro, relater en détail les six observations que nous avions recueillies, dresser le tableau statistique de toutes les opérations faites jusqu'alors, qui étaient au nombre de 53, en comparer les résultats avec ceux de l'accouchement prématuré artificiel et de l'embryotomie, tel est le but que nous nous sommes proposé dans cette étude.

Depuis 1882, grâce aux efforts de Sænger, l'opération césarienne simple a fait une brillante réapparition. L'antisepsie, le perfectionnement des sutures ont rendu son pronostic aussi favorable qu'il était sombre jadis, en sorte qu'actuellement les indications de l'amputation de l'utérus et des ovaires sont devenues considérablement restreintes. Mais ce sont les succès de l'opération de Porro qui ont déterminé ce retour à l'opération césarienne conservatrice et préparé son avènement moderne. A ce titre, la période comprise entre les années 1876 et 1882, où régna exclusivement la méthode de Porro et au cours de laquelle parut notre Thèse, est particulièrement intéressante au point de vue de l'évolution de l'opération césarienne.

2. — DES FORMES DIVERSES D'ÉPIDÉMIES PUERPÉRALES

Thèse d'agrégation. Un volume in-8° de 109 pages. Paris, 1883.

3. — TERMINAISONS ET TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Thèse d'agrégation. Un volume in-8° de 180 pages. Paris, 1886.

4. — VERSION

Article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre, 1888.

(Présenté à l'Académie de Médecine par le Professeur Tarnier.)

5. — TRAITÉ DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS DE S. TARNIER ET P. BUDIN

Tome III (Dystocie maternelle), Paris, 1898.

Appelé à l'honneur de collaborer à ce troisième volume, nous en avons rédigé les articles suivants :

DYSTOCIE CAUSÉE PAR ANOMALIE DES FORCES EXPULSIVES

I. Anomalies des contractions utérines.

II. Anomalies des contractions abdominales.

DYSTOCIE DUE AUX PARTIES GÉNITALES EXTERNES ET AU PÉRINÉE

I. Résistance exagérée des parties génitales externes et du périnée. Déchirures du périnée.

II. Vices de conformation de la vulve et du vagin.

III. Tumeurs de la vulve et du vagin.

DYSTOCIE RELATIVE AU COL DE L'UTÉRUS

Déviations ; agglutination et oblitération ; rigidité ; œdème et hypertrophie ; cancer ; tumeurs diverses.

DYSTOCIE RELATIVE AU CORPS DE L'UTÉRUS

Déplacements ; tumeurs ; cancer ; fibromes.

DYSTOCIE PAR TUMEURS DE L'ABDOMEN ET DE L'EXCAVATION PELVIENNE

I. Tumeurs de l'abdomen :
- 1° Tumeurs de l'ovaire ;
- 2° Tumeurs diverses de l'abdomen ;
- 3° Tumeurs des trompes et des ligaments larges.

II. Tumeurs de l'excavation pelvienne :
- 1° Tumeurs provenant de l'intestin ;
- 2° Tumeurs provenant de la vessie ;
- 3° Tumeurs diverses.

RUPTURES DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN

DE QUELQUES COMPLICATIONS QUI PEUVENT SURVENIR PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT

Fractures spontanées du sternum et des côtes.
Emphysème sous-cutané.
Ruptures diverses.

CHAPITRE II

TRAVAUX ORIGINAUX

A. — GROSSESSE NORMALE ET PATHOLOGIQUE. GROSSESSE GÉMELLAIRE

1. — DISPOSITION PARTICULIÈRE DES ŒUFS DANS LA GROSSESSE GÉMELLAIRE

Observation avec figure, publiée par Budin, dans *Obstétrique et Gynécologie.* Paris, 1886, p. 495.

Il s'agit d'une disposition rare et singulière des œufs dans la grossesse gémellaire, constatée par le Professeur Budin dans deux observations[1], et dont nous avons vu nous-même un cas, lorsque nous étions Chef de clinique. Nous ne connaissons pas d'autre fait analogue qui ait été publié.

En examinant avec soin l'arrière-faix d'une femme qui venait d'accoucher de deux jumelles, nous constatâmes les particularités suivantes : Il existait deux placentas séparés par un pont membraneux et deux poches distinctes (fig. 1) ; mais au premier abord on n'en voyait qu'une, la poche A, qui paraissait très large ; c'était celle de l'enfant né le premier. Quand on soulevait les bords de cette poche pour regarder dans son intérieur, on voyait alors la poche B, plus petite, qui semblait incluse dans la première. Une dissection minutieuse des parois de ces deux poches nous montra qu'en réalité l'œuf B était complètement coiffé par les membranes de l'œuf A, qui l'enveloppaient jusqu'au voisinage de son insertion placentaire.

[1] P. Budin, *Revue internationale des sciences biologiques*, t. IX, n° 1, 1882, et *Obstétrique et Gynécologie.* Paris, 1886, p. 485.

L'œuf A s'était rompu en O pour l'expulsion du premier fœtus, une fille de 2700 grammes; puis une seconde poche des eaux, formée par les membranes de l'œuf A et de l'œuf B accolées, s'était rompue en O' pour la sortie du second fœtus, une autre fille du poids de 2940 grammes.

De même que dans les cas du Professeur Budin, le fœtus le plus gros est né le second. Il est donc naturel d'admettre, avec lui, l'hypothèse d'une superfœtation qui aurait lieu ainsi : l'œuf B se serait développé le premier dans la cavité utérine ; l'œuf A, qui n'y serait arrivé qu'un peu plus tard, a dû, pour s'agrandir, empiéter

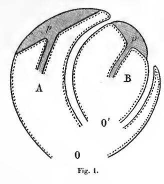


Fig. 1.

peu à peu sur le précédent; il s'est insinué entre lui et la paroi utérine, il l'a recouvert et a fini par l'envelopper complètement. D'après cette explication, l'enfant contenu dans l'œuf enveloppé, bien que né le second, serait en réalité l'aîné des deux jumeaux, sinon au point de vue légal, du moins quant à l'époque de sa procréation et à la durée de son séjour dans l'utérus.

2. — GROSSESSE GÉMELLAIRE UNIVITELLINE

L'*Obstétrique*, 15 juillet 1897.

Nous avons publié ce fait, observé à la Maternité de Lariboisière, comme contribution à l'étude de la grossesse gémellaire univitelline.

Il peut se résumer ainsi :

1° Il y avait hydramnios, et le diagnostic de grossesse gémellaire a été établi uniquement d'après le fait de l'apparition précoce (dès le quatrième mois) et de la marche rapide de cette hydramnios (voy. *Avortement gémellaire*, p. 26).

Les deux œufs étaient superposés et le supérieur seul contenait du liquide amniotique en excès : huit litres et demi. Le volume de l'abdomen était énorme.

2° L'expulsion eut lieu à six mois environ : les deux fœtus, nés à une heure et demie d'intervalle, étaient du sexe masculin : le premier, de 970 grammes, était mort-né ; le second, de 1190 grammes, vécut quelques heures. Une abondante hémorragie nécessita la délivrance artificielle et mit la femme dans un état d'anémie assez grave. A la suite d'une injection sous-cutanée de 700 grammes de sérum artificiel, elle se remonta et se rétablit parfaitement.

3° L'examen de l'arrière-faix, l'autopsie des fœtus démontrèrent qu'il s'agissait d'une grosseur univitelline. Voici en effet les constatations qui furent faites :

Du côté du délivre, un placenta unique, un seul chorion et deux amnios ; des cordons très distants l'un de l'autre avec insertion vélamenteuse de l'un d'eux ; hydramnios de l'un des œufs ; anastomoses superficielles d'artère à artère et très vraisemblablement anastomoses profondes entre les deux circulations.

Du côté des fœtus, des sexes semblables, un développement inégal et de notables différences organiques ; le plus gros enfant porteur d'un foie volumineux et d'une hypertrophie du cœur qui pouvait expliquer la production de l'hydramnios.

Tous ces caractères sont ceux qui ont été indiqués par Schatz, Küstner, Bar et son élève Eleuterescu, comme se retrouvant d'une façon constante dans les grossesses gémellaires univitellines.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

3. — VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE TRAITÉS PAR L'ÉLECTRISATION A COURANTS CONTINUS

Communication faite avec le Dr Larat à la *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, le 11 juillet 1896.

4. — SUR UN CAS DE VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE

Communication faite par M. Le Damany à la *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, le 16 avril 1896.

Nous avons observé avec le Dr Larat un remarquable exemple de guérison des vomissements incoercibles de la grossesse par l'application des courants continus. Notre malade, enceinte de trois mois, vomissant tout ce qu'elle ingurgitait, était arrivée à un état de maigreur extrême et présentait des phénomènes graves et inquiétants : prostration, syncopes, insomnie, pouls à 130, langue sèche, haleine fétide, constipation, urines rares, mais non albumineuses.

Avant d'en venir à provoquer l'avortement, tout ayant été tenté sauf le traitement électrique, nous résolûmes d'y recourir en dernier ressort et nous priâmes le Dr Larat de nous prêter son concours. Dès la première séance (courant continu de 15 à 16 milliampères ; pôle positif au cou sur le trajet du pneumogastrique droit, pôle négatif au creux épigastrique), la malade put garder un demi-verre de lait, au grand étonnement de son entourage. — Les séances furent continuées au nombre de trois par jour, de 10 à 15 minutes de durée ; au bout de trois jours, les vomissements avaient à peu près disparu, le sommeil était revenu, et la malade commençait à s'alimenter. L'électrisation fut prolongée, par précaution, pendant six jours. La guérison fut complète, sans récidive ; l'appétit revint rapidement et l'embonpoint ne tarda pas à devenir visible. La grossesse poursuivit son cours.

Dans sa communication, le Dr Larat a cité 14 guérisons sur 14 cas qu'il a traités par l'électrisation sous forme de courants continus. Il a été, avec le Dr Gautier, le premier à employer ce traitement d'une façon méthodique dans les vomissements de la grossesse.

Cette thérapeutique n'est malheureusement pas infaillible. Nous avons eu, à la Maternité de Lariboisière, un insuccès avec l'électricité chez une femme enceinte de deux mois et demi, dont l'observation a été rapportée par un de nos internes, M. le Dr Le Damany, à la Société obstétricale et gynécologique de Paris.

Comme la précédente, cette malade était dans un état très précaire et de nombreuses médications avaient échoué, quand nous nous décidâmes à employer les courants continus.

La technique suivie fut celle du Dr Larat et l'électrisation fut prolongée pendant trois jours. Mais aucune amélioration ne survint; les accidents s'aggravèrent

et il fallut provoquer l'avortement. Les vomissements ne s'arrêtèrent qu'après l'expulsion de l'œuf et l'état de la femme resta sérieux encore pendant quelques jours. Cependant elle se rétablit lentement.

Le traitement des vomissements incoercibles par l'électrisation est donc susceptible d'échouer, et notre échec n'est pas le seul qui ait été rapporté. Il n'en est pas moins vrai qu'il donne rapidement de merveilleux résultats dans un assez grand nombre de cas. Aussi pensons-nous qu'on doit toujours le tenter avant de se résoudre à interrompre la grossesse.

5. — PROLAPSUS UTÉRIN PENDANT LA GROSSESSE

Observation, avec figure, publiée dans les *Leçons cliniques d'obstétrique* de Budin, Paris, 1889, p. 408, et reproduite dans la thèse du Dr Gorodichze (*Du prolapsus de l'utérus gravide.* Paris, 1889).

La femme qui fait le sujet de cette observation se présenta à la Clinique d'accouchement enceinte de cinq mois et présentant une tumeur qui faisait hors de l'orifice vulvaire une saillie de 8 centimètres de long. Cette tumeur, conique à sommet en bas, se terminait par deux orifices séparés par une cloison qui se continuait dans la profondeur. Il s'agissait d'un prolapsus incomplet de l'utérus gravide, le fond de l'organe étant à deux doigts au-dessous de l'ombilic. Cet utérus était double et le fœtus s'était développé dans sa moitié gauche. Le prolapsus fut réduit facilement; mais il se reproduisit à diverses reprises et la malade en opéra elle-même la réduction. Finalement, elle accoucha prématurément, la tumeur étant réduite, d'une fille de six mois et demi, pesant 1310 grammes et qui ne vécut que deux jours.

A notre connaissance, il n'existe pas d'autre cas publié de prolapsus d'un utérus double pendant la grossesse.

6. — GROSSESSE. MORT ET DISPARITION DU PRODUIT DE CONCEPTION. EXPULSION A TROIS MOIS ET DEMI D'UNE MOLE HYDATIQUE CONTENANT DANS SON INTÉRIEUR DES TUMEURS SANGUINES ET DEUX GROSSES VÉSICULES REMPLIES DE SÉROSITÉ.

Communication faite à la *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, le 9 novembre 1892.

Tout l'intérêt de cette observation réside dans les particularités présentées par

la môle expulsée. Du volume du poing, elle différait des môles hydatiques en général par la présence à sa surface interne de cinq ou six tumeurs violacées, de la grosseur d'une noisette et d'une noix; ces tumeurs, sessiles, qui faisaient saillir dans l'intérieur de la môle, étaient dues par un soulèvement de l'amnios par du sang coagulé.

Cette disposition est tout à fait analogue à celle qui a été observée par M. Budin dans un œuf normal, retenu onze mois dans l'utérus et qu'il a présenté à la Société obstétricale le 7 juillet 1892. L'hypothèse émise par lui d'épanchements sanguins provenant du chorion et s'étant fait jour du côté de l'amnios est parfaitement applicable à notre cas. Ces lésions doivent être fort rares, car, pas plus que M. Budin, nous n'en avons trouvé d'autre exemple dans la littérature obstétricale.

Dans notre tumeur, il existait en outre deux vésicules remplies de liquide, du volume d'un œuf de pigeon et d'une noix, appendues à la face interne par un pédicule. L'interprétation de ces vésicules est d'autant plus difficile que l'altération de la pièce n'a pas permis d'en faire l'examen histologique. On ne peut donc que supposer qu'il s'agissait là ou bien de diverticules amniotiques, distendus par du liquide, ou bien, comme l'a exprimé Charpentier dans la discussion qui a suivi notre communication, de villosités choriales kystiques ayant passé à travers des fissures de l'amnios et s'étant ensuite considérablement accrues.

GROSSESSE EXTRA-MEMBRANEUSE

7. — RUPTURE DES MEMBRANES PENDANT LA GROSSESSE : FŒTUS EXTRA-MEMBRANEUX

Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 19 janvier 1899.

C'est une question entièrement neuve que celle du développement persistant du fœtus dans la cavité utérine, en dehors des membranes rompues. Ce n'est que depuis peu que l'attention des accoucheurs a été attirée sur ce sujet curieux et fort intéressant à bien des points de vue.

Le cas que nous avons observé et dont nous avons fait part à la Société d'obs-



Fig. 2.

tétrique de Paris est le troisième de ce genre qui ait été publié. La première observation est due à Tarnier et a été communiquée par lui en 1896 au Congrès de Bordeaux. La deuxième a été rapportée par le Dr Bar à la Société d'obstétrique de Paris le 6 avril 1898, dans un mémoire plein d'intérêt « *sur quelques conséquences de la rupture des membranes pendant la grossesse* ». Enfin, depuis notre communication, le Dr Louis Dubrisay a présenté à la même Société, le 16 février 1899, un quatrième cas, analogue aux précédents.

Dans notre observation, il s'agissait d'une femme de vingt-quatre ans, tertipare, ayant toujours accouché normalement, qui, arrivée au sixième mois de sa grossesse s'aperçut qu'elle perdait de l'eau en marchant. Le repos ne modifia en rien cet état, et chaque jour il y eut un écoulement d'eau souvent teintée de sang. Elle entra à la Charité, où nous lui prescrivîmes le repos et des lavements laudanisés dans l'espoir de prolonger sa grossesse. Et, de fait, elle accoucha cinquante-huit jours après la rupture des membranes, à huit mois de grossesse. L'enfant, une fille du poids de 2 300 grammes, naquit par le siège ; malgré la rapidité de l'extraction, elle était en état de mort apparente et ne put être ranimée. La délivrance s'effectua normalement. Le placenta (fig. 2) gros, œdématié, pesait 540 grammes et était marginé. Les membranes s'inséraient sur la face fœtale, à 3 centimètres de son bord ; elles étaient intactes, mais rétractées, peu extensibles et circonscrivaient une poche visiblement trop petite pour avoir pu contenir le fœtus dans sa cavité. Facilement séparables dans toute leur étendue, les membranes étaient au contraire soudées et adhérentes au niveau de l'orifice de sortie du fœtus. Nous avons recherché s'il y avait là cette cicatrisation des membranes sur laquelle a insisté le Dr Bar, et l'examen histologique, fait par le Dr Blondel, notre chef de laboratoire, a montré qu'au niveau de l'ouverture de la poche l'amnios et le chorion étaient effectivement réunis par un véritable tissu cicatriciel. La disproportion entre la capacité de la poche membraneuse et le volume du fœtus ne pourrait s'expliquer que par l'issue de ce dernier hors des membranes, lorsque celles-ci s'étaient rompues. D'ailleurs cette disproportion a été vérifiée expérimentalement à l'aide du moyen déjà employé par Tarnier dans son observation. Remplie d'eau, la poche avait une capacité de 450 cm^3, tandis que le fœtus plongé dans l'eau y déplaçait 2 203 cm^3.

Les particularités qui viennent d'être signalées sont les mêmes que celles qui ont été consignées dans les faits recueillis par Tarnier et Bar, et M. Dubrisay les a retrouvées dans le cas qu'il a observé. Dans tous les cas, il s'est agi de femmes ayant de l'hydrorrhée amniotique plus ou moins mélangée de sang, et n'accouchant que longtemps après l'apparition de cette hydrorrhée : trente jours dans le

cas de Tarnier, quatre-vingt-huit dans celui de Bar, cinquante-huit dans le nôtre, et cent dix dans celui de Dubrisay. L'arrière-faix a toujours présenté un aspect identique : placenta marginé, membranes rompues et rétractées, circonscrivant une poche étroite d'où le fœtus a dû nécessairement sortir au moment de la rupture pour continuer à se développer dans la cavité utérine : le chorion et l'amnios se sont soudés sur les bords de la déchirure, et il s'est fait en ce point une cicatrisation des membranes.

Quant à l'explication de ces faits, elle nous semble être la suivante : Il y a eu endométrite déciduale, comme l'attestent les pertes sanguines accompagnant celle de l'eau, les douleurs ressenties par les femmes, l'expulsion de lambeaux de caduque épaissie consécutive à l'accouchement. Dans le cas de Tarnier, cette endométrite a été traumatico-septique, reconnaissant pour cause l'introduction accidentelle d'une épingle à chapeau dans l'abdomen; dans les autres cas elle a été spontanée. Cette endométrite a, suivant le mécanisme invoqué en particulier par Klein et par Schwab, déterminé la margination du placenta. La surface choriale s'est trouvée ainsi rétrécie, et la cavité ovulaire, arrêtée dans son développement, est devenue trop petite pour contenir le fœtus qui continuait de grandir. Les membranes se sont dilatées et le fœtus a quitté sa poche membraneuse pour passer dans la cavité utérine.

Le pronostic de la grossesse extra-ovulaire peut être assez sérieux pour la mère, qui se trouve exposée à l'infection par le fait de l'ouverture de l'œuf. Pour le fœtus, il est presque toujours fâcheux, car malgré la prolongation de la grossesse, l'accouchement s'est toujours fait avant terme. Dans trois cas, les enfants sont morts pendant le travail ou peu après la naissance; dans le cas seul de Dubrisay, l'enfant a survécu.

Le traitement est le même que celui de la rupture prématurée des membranes en général, car ce n'est qu'en examinant le délivre qu'on peut reconnaître que le fœtus était extra-membraneux. Il consiste d'une part à retarder l'accouchement le plus possible par le repos, l'administration d'extrait fluide de viburnum prunifolium, de lavements laudanisés, même de piqûres de morphine; d'autre part, à prévenir l'infection par une antisepsie locale rigoureuse.

8. — PRÉSENTATION D'UN PLACENTA AVEC FŒTUS EXTRA-AMNIOTIQUE

Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, 16 mars 1899.

La grossesse extra-amniotique est constituée par ce fait que l'amnios seul se

rompt à une époque variable de la gestation, et que le fœtus sorti de l'amnios peut continuer à vivre dans la cavité membraneuse uniquement formée par le chorion. La porte amniotique se rétracte plus ou moins ; tantôt elle comprime le fœtus ou donne naissance à des brides qui l'enserrent, — et des malformations, des



Fig. 3.

amputations congénitales peuvent s'ensuivre ; tantôt elle laisse intact le fœtus, dont le développement continue à se faire normalement.

Ces faits sont rares et n'ont été signalés jusqu'à présent que par Brown, Lebedeff, Küstner, Olshausen et Bar.

Le diagnostic ne peut être que rétrospectif, car la rupture de l'amnios ne donne lieu à aucun symptôme particulier et elle est révélée seulement à l'examen du délivre. La pathogénie est encore à l'état hypothétique.

Dans le cas que nous avons observé, la grossesse, qui était la quatrième, a évolué sans trouble jusqu'au quatrième mois. La femme commença alors à perdre un peu de sang et à avoir des douleurs. Elle fut reçue à la Charité, où, malgré le repos et les lavements de laudanum, elle fit quinze jours plus tard une fausse-couche. Le fœtus, mort récemment, pesait 170 grammes et avait 24 centimètres de long.

Le placenta pesait 135 grammes et ne présentait aucune altération. En examinant avec soin les membranes, nous vîmes que la poche dans laquelle était contenue le fœtus était uniquement formée par la caduque épaissie et le chorion. Quant à l'amnios, il était rétracté à la base du cordon, où il formait une petite poche beaucoup trop étroite ponr loger le fœtus.

Il y avait donc eu un avortement de quatre mois, probablement dû à l'endométrite déciduale; l'amnios, rompu antérieurement, avait laissé échapper le fœtus dans le chorion et s'était rétracté, comme lè montre la figure 3.

La grossesse extra-ovulaire et la grossesse extra-amniotique constituent les deux formes de la grossesse extra-membraneuse.

Un de nos externes, le D[r] Glaize, a recueilli avec soin les rares cas publiés jusqu'à ce jour. Il en a fait, à notre instigation, l'objet d'une thèse [1], où il s'est efforcé d'édifier l'histoire complète de cette rare et intéressante anomalie de la grossesse.

ÉCLAMPSIE

9. — ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE GRAVE AVEC ANURIE, TRAITÉE PAR LA SAIGNÉE ET LE GAVAGE AVEC DU LAIT. DIURÈSE RAPIDEMENT ABONDANTE. GUÉRISON

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 8 juin 1893.

Relation d'un cas grave d'éclampsie survenue chez une primipare de vingt ans, près du terme de la grossesse, et chez laquelle la mort du fœtus et l'accouchement

[1] E. Glaize. *La grossesse extra-membraneuse*, Thèse de Paris, 1899.

n'amenèrent aucune détente dans les symptômes : attaques très violentes (18 en tout), coma prolongé, anurie absolue.

Le traitement a consisté essentiellement en une saignée de 400 grammes et dans l'ingestion forcée d'une grande quantité de lait : 150 grammes toutes les heures, pendant quarante-huit heures. Le gavage a dû être fait par la voie nasale, le malade ne pouvant desserrer les dents ; il paraît avoir eu tout particulièrement une influence heureuse, car, presque immédiatement, la sécrétion urinaire s'est rétablie, l'albumine, qui était en proportion énorme, a rapidement diminué et tous les autres phénomènes se sont progressivement amendés.

10. — ÉCLAMPSIE *POST PARTUM*

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 10 juin 1897.

Nous avons observé dans notre service, à Lariboisière, un cas d'éclampsie *post partum* dont l'issue a été rapidement fatale. La femme, secondipare, albuminurique, était accouchée normalement d'une fille vivante de 2 980 grammes ; la délivrance avait été normale. La première attaque eut lieu huit heures après l'accouchement ; il y en eut en tout 6 en six heures et demie ; après quoi, le coma devint profond et persistant, et la mort survint six heures après le dernier accès, sans élévation notable de la température.

L'éclampsie *post partum* est assez rare. Sur 43 observations d'éclamptiques provenant des différentes Maternités que nous avons dirigées, observations relevées dans sa thèse par un de nos externes, le Dr Aug. Michel [1], 7 fois seulement les attaques ne se produisirent qu'après l'accouchement et deux femmes succombèrent.

Cette variété d'éclampsie, considérée comme la plus grave par Cazeaux et Tarnier, constitue un sérieux argument contre l'opinion des accoucheurs qui préconisent la provocation de l'accouchement comme traitement de l'éclampsie gravidique. Dans cette dernière, l'accouchement prématuré artificiel ne peut être qu'inutile et dangereux, pour les raisons suivantes :

1° Il y a un certain nombre de cas où l'éclampsie guérit et où la grossesse continue son cours et se termine normalement.

[1] Aug. Michel. *Est-il utile de provoquer l'accouchement chez une femme ayant des accès d'éclampsie?* Thèse de Paris, 1897.

2° L'éclampsie provoque le plus souvent le travail.

3° Les excitations prolongées du col aggravent habituellement l'éclampsie. Aussi, s'il est contre-indiqué de provoquer artificiellement le travail, est-il logique, en revanche, de terminer rapidement l'accouchement quand le travail est commencé.

4° Il est impossible d'affirmer que les attaques d'éclampsie ne continueront pas après l'accouchement. Au contraire, dans un grand nombre d'observations, on a noté la persistance des accès après la délivrance (18 fois sur 36 de nos observations).

5° Enfin, l'apparition primitive possible d'accès éclamptiques chez une femme accouchée et délivrée (*éclampsie post partum*) confirme l'inefficacité de l'accouchement provoqué pour faire cesser les attaques.

11. — RÉCIDIVE D'ÉCLAMPSIE AU COURS D'UNE GROSSESSE

Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, février 1899.

Nous avons vainement cherché dans la littérature obstétricale la mention de la récidive de l'éclampsie au cours d'une grossesse. Nous avons pu observer deux fois cette récidive, l'une à la Maternité de Lariboisière en 1897, l'autre à la Clinique Tarnier en 1898.

Dans le premier cas, il s'est agit d'une secondipare qui a été frappée d'éclampsie à six mois de grossesse ; après 21 ou 22 attaques, elle est revenue à elle et la grossesse a suivi son cours, l'enfant restant vivant. Mise alors au régime lacté, cette malade a eu, onze jours plus tard, une autre poussée d'éclampsie qui s'est traduite par plusieurs petites attaques incomplètes. L'enfant a succombé au cours de cette nouvelle crise et a été expulsé mort et macéré un mois plus tard. La mère a guéri.

Dans le second fait, la femme, primipare, albuminurique, avait eu chez elle deux attaques d'éclampsie, à sept mois et demi environ. Elle fut transportée à la Clinique, où elle n'eut plus d'attaques et où elle suivit le régime lacté absolu jusqu'au terme de sa grossesse. Elle entra alors en travail et eut deux attaques pendant lesquelles son enfant succomba. Elle en eut deux autres après la délivrance et finit par guérir.

L'éclampsie récidive donc quelquefois au cours de la même grossesse. Le fait

important à noter, c'est que cette récidive peut survenir chez des femmes restées albuminuriques et soumises pour cette raison au régime lacté absolu depuis leur première atteinte d'éclampsie. Nous sommes pourtant convaincus de l'efficacité du régime lacté chez les femmes enceintes albuminuriques. Mais cette efficacité paraît n'être plus la même chez une femme qui a déjà eu de l'éclampsie, sans doute parce qu'elle est profondément intoxiquée et qu'elle peut rester un certain temps encore en état d'éclampsisme.

Toutefois si l'usage exclusif du lait n'empêche pas la récidive, il semble en atténuer la gravité, comme le prouvent nos observations dans lesquelles les femmes ont guéri.

12. — ÉCLAMPSIE ET GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Observation publiée dans la *Thèse* du Dr H. Lafon. *Études de quelques formes anormales d'éclampsie*. Paris, 1899.

Ce fait, recueilli par nous à la Maternité de Lariboisière en février 1898, est, croyons-nous, unique, car nous n'avons pu en trouver un autre exemple dans la science. Une femme fut amenée à l'hôpital dans le coma éclamptique, ayant eu chez elle 18 attaques. En l'examinant nous constatâmes que la grossesse était extra-utérine.

En effet, le doigt pouvait entrer facilement dans le col entr'ouvert et pénétrer dans l'utérus, qui était vide. Derrière cet utérus on sentait une tumeur volumineuse constituée par un fœtus de huit mois et demi environ, dont on entendit les battements du cœur à l'entrée de la malade, mais qui succomba très rapidement. Nous apprîmes que le travail s'était déclaré la veille au soir et que dès les premières douleurs une attaque d'éclampsie s'était produite.

La grossesse extra-utérine étant restée méconnue, on avait cru l'accouchement imminent. Il s'agissait en réalité d'un faux travail survenu vers le huitième mois et demi d'une grossesse ectopique, et au cours duquel l'éclampsie était apparue, la femme étant albuminurique.

Elle eut encore 8 attaques à l'hôpital et mourut sans avoir repris connaissance.

Dans ce cas, l'état grave de la mère et la mort rapide de l'enfant ne nous permirent pas d'intervenir. Mais si, dans un cas analogue, le diagnostic étant bien

établi, l'accoucheur était appelé à temps, le fœtus vivant encore, il devrait se hâter de pratiquer la laparotomie dans l'espoir de sauver deux existences ou tout au moins celle de l'enfant.

13. — ÉCLAMPSIE ET HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE

Communication faite avec le Dr Chavane à la *Société d'obstétrique de Paris*, le 21 décembre 1899.

Une femme enceinte de sept mois et demi, en apparence très bien portante, entre à la clinique Tarnier le 28 octobre 1899 pour y être hospitalisée pendant le reste de sa grossesse. L'examen ne révèle rien d'anormal. Les *urines ne contiennent pas trace d'albumine*. Dans la nuit, cette femme est prise brusquement de dyspnée, puis de diarrhée et de vomissements, et vers cinq heures du matin elle a une attaque d'éclampsie. Elle a ainsi 4 attaques, légères, courtes, dont une avorte sous le chloroforme ; elle ne perd pas connaissance. Son urine contient alors des flots d'albumine. Cependant le pronostic paraît favorable, lorsque subitement la malade se cyanose et cesse de respirer. Malgré les soins immédiats qui lui sont prodigués, elle succombe au bout de vingt minutes, avec tous les signes d'une asphyxie bulbaire foudroyante. C'est à peine si on a pu provoquer quelques rares mouvements inspiratoires par la respiration artificielle.

L'autopsie a démontré l'existence d'un vaste foyer hémorragique partant du quatrième ventricule, comprimant l'origine des pneumogastriques, et remontant dans l'hémisphère gauche, où la capsule interne et les noyaux opto-striés sont presque entièrement détruits par l'épanchement. Le foie et surtout les reins n'ont présenté à l'examen macroscopique et histologique, que des lésions peu accentuées, ne dénotant pas une intoxication profonde de l'organisme.

Ce fait est remarquable pour les deux raisons suivantes :

1° L'éclampsie apparaissant brusquement chez une femme non albuminurique et paraissant être en parfaite santé. Toutefois, nous avons appris ultérieurement que cette femme avait eu de l'albuminurie au cinquième mois de sa grossesse et n'avait pas suivi le régime lacté. Il est donc probable qu'elle était en état d'éclampsisme latent ;

2° L'asphyxie bulbaire qui a amené la mort n'a pu être expliquée que par l'examen des centres nerveux. L'hémorragie cérébrale est rare dans l'éclampsie,

surtout dans les cas légers, comme celui-ci, où l'on ne saurait invoquer la violence des convulsions pour rendre compte de sa production.

Cette observation démontre une fois de plus que l'éclampsie est bien une maladie à surprises et dont le pronostic doit toujours être réservé, quelque bénin qu'il soit en apparence.

DÉCHIRURE DU SINUS CIRCULAIRE

14. — MORT PAR HÉMORRAGIE UTÉRINE FOUDROYANTE A HUIT MOIS ET DEMI DE GROSSESSE

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 9 juin 1892.

15. — DÉCHIRURE DU SINUS CIRCULAIRE

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 7 juillet 1893.

Ces deux publications ont trait à des hémorragies survenues pendant la grossesse à la suite de rupture du sinus circulaire.

Dans la première, il s'agissait d'une femme hospitalisée à la Pitié, arrivée au huitième mois et demi de sa grossesse, qui fut prise d'hémorragie grave au moment où elle se donnait elle-même une injection vaginale sur un bidet. La perte fut si abondante qu'elle perdit connaissance et fut relevée exsangue. Malgré tous les soins qui lui furent donnés, on ne put la ranimer et elle succomba 4 heures 45 m. après le début de l'accident. L'enfant étant mort, on s'abstint de toute intervention obstétricale.

A l'examen de la cavité utérine, après en avoir retiré le fœtus, nous vîmes le placenta inséré sur la face postérieure de l'organe, au-dessus de l'anneau de Bandl. Il ne présentait en aucun point de décollement notable ; mais un large

caillot cruorique soulevait les membranes et s'étendait du bord inférieur du délivre jusqu'au col.

En recherchant très attentivement d'où avait pu provenir l'hémorragie, nous ne pûmes découvrir que ce que nous avons consigné dans les lignes suivantes :

« On constate seulement à la partie inférieure du placenta, à son union avec le caillot sanguin, *un liséré noirâtre*, au niveau duquel le tissu placentaire semble décollé dans une petite étendue ; ... il est évident que c'est de ce point, si minime qu'il soit, qu'est provenue l'hémorragie mortelle. » L'interprétation restait malgré tout obscure et douteuse. Mais ultérieurement, notre attention ayant été attirée sur le sinus circulaire par une remarquable communication du Pr Budin[1], nous avons reconnu que l'hémorragie qui avait enlevé notre malade était, de toute évidence, le résultat d'une déchirure de ce sinus. Dans ce cas, la lésion du sinus s'était produite au cours d'une injection, l'insertion du placenta étant normale.

Dans notre seconde observation, les choses se sont passées différemment. La femme, enceinte pour la seconde fois, a eu une première hémorragie assez abondante à sept mois de grossesse. Entrée pour cette raison à la Pitié, elle accoucha cinq jours après et fut reprise de perte de sang pendant le travail. L'enfant naquit par le siège, ne pesant que 1 230 grammes, mais assez vivace. La délivrance se fit normalement. La femme se rétablit bien.

Nous nous attendions, en examinant le délivre, à trouver une insertion vicieuse et, de fait, les membranes étaient déchirées au ras du bord du placenta et parallèlement à ce bord. Il y avait donc eu insertion marginale. Mais nous ne reconnûmes aucune trace de décollement; pas de foyer hémorragique récent, ni même de suffusion sanguine sur la face utérine du placenta. Mais, sur son bord, au point où s'étaient rompues les membranes, il existait une petite masse de caillots adhérents de la grosseur d'une noix; en les enlevant avec précaution, on en apercevait d'autres par transparence, qui remplissaient, dans une étendue de cinq centimètres environ, le sinus coronaire rompu en plusieurs endroits. C'était donc de ce vaisseau déchiré qu'était provenu le sang qui s'était écoulé pendant la grossesse et pendant le travail.

Ces deux cas viennent à l'appui des faits cliniques rapportés par M. Budin. Il en ressort, conformément aux conclusions de son mémoire, que le diagnostic est parfois très difficile, que si l'insertion vicieuse favorise la rupture du sinus, cette

[1] Budin. *Hémorragies causées par la rupture du sinus circulaire* (Bulletin et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 8 juin 1893). Voir aussi : Maksud. *Contribution à l'étude des hémorragies pendant la grossesse et l'accouchement. Hémorragies dues à la rupture du sinus circulaire*. Thèse de Paris, 1893.

rupture s'observe aussi quand le placenta est normalement inséré, enfin que le pronostic est parfois très grave, puisque la femme peut, comme dans un de nos cas, mourir d'hémorragie avant qu'on ait eu le temps de la secourir.

---

16. — GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE DATANT DE DIX-SEPT MOIS OUVERTURE DU KYSTE FŒTAL DANS L'INTESTIN. GASTROTOMIE. MORT

Annales de gynécologie, juillet 1879, p. 44.

Relation d'une observation de grossesse extra-utérine abdominale, avec ouverture du kyste dans l'intestin et poussées aiguës péritonitiques ayant déterminé des adhérences aux parois abdominales. Laparotomie faite par Tarnier dans de mauvaises conditions et comme suprême tentative pour essayer de sauver la malade. Extraction par lambeaux d'un fœtus putréfié, et dont un certain nombre de parties restaient adhérentes au fond du sac. Apyrexie, mais affaiblissement et refroidissement progressifs. Mort sept jours après l'opération.

B. — AVORTEMENT

17. — DE L'AVORTEMENT MULTIPLE ET EN PARTICULIER DE L'AVORTEMENT GÉMELLAIRE

En collaboration avec le Dr Demelin. *Archives de Tocologie,* février 1892.

Quand ce mémoire a paru, il n'existait aucune monographie traitant spécialement de l'avortement multiple. Ce n'est qu'après sa publication que le Dr Merle soutint sa Thèse sur l'avortement gémellaire (Paris, 1892), la première sur ce sujet. Et pourtant cet accident a une physionomie bien particulière et son histoire clinique est des plus intéressantes au point de vue pratique.

Notre travail est basé sur 15 observations, dont 14 personnelles, recueillies tant en ville qu'à l'hôpital. 9 proviennent de la Maternité de la Pitié, sur un total de 2097 accouchements. La fréquence de l'avortement gémellaire serait donc de 1 sur 233 accouchements.

MARCHE ET DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE

Nous avons noté fréquemment, 7 fois sur 10, dans la marche de la grossesse une particularité sur laquelle personne n'avait insisté avant nous : c'est l'apparition *précoce*, parfois dès le troisième mois, d'une hydramnios à développement rapide, aigu en quelque sorte. Le ventre se distend en quelques jours et devient parfois énorme ; cet accroissement insolite s'accompagne de douleurs lombo-abdominales, d'œdème, d'albuminurie, de dyspnée... Le diagnostic, fort obscur et le plus souvent méconnu, peut s'éclairer singulièrement par le fait de cette complication, à laquelle nous attachons une grande importance. Lorsqu'on la voit se produire ainsi dès le début de la grossesse, on est en droit de soupçonner une grossesse gémellaire ou multiple avec avortement imminent à peu près fatal. Nous avons pu émettre cette opinion dans un cas, alors qu'aucun autre signe ne

décelait la présence de deux fœtus, et un avortement gémellaire a confirmé nos prévisions. Ainsi l'hydramnios, qui rend si souvent difficile le diagnostic d'une grossesse gémellaire avancée, a, au contraire, une grande valeur pour le diagnostic de cette grossesse dans les premiers mois.

En dehors des cas où il y a hydramnios, le diagnostic n'est que bien rarement posé et l'avortement de deux jumeaux est presque toujours une surprise. C'est qu'en effet ce diagnostic est extrêmement difficile aux cinquième et sixième mois, impossible, pourrait-on dire, pendant les quatre premiers mois. Quand les battements du cœur sont perceptibles, on ne trouve d'ordinaire qu'un seul foyer. Il est cependant une circonstance où le diagnostic peut être établi ; c'est lorsqu'un des jumeaux est mort et que cette mort se traduit par certains signes tels que montée du lait, disparition de varices, etc..., en même temps que l'on continue à entendre les battements du cœur. Nous avons pu diagnostiquer ainsi une grossesse gémellaire avec mort d'un des fœtus, à quatre mois et demi, et il y a eu, peu après, avortement de deux fœtus, l'un qui vécut quelques instants, l'autre mort et macéré.

DIAGNOSTIC DE L'AVORTEMENT MULTIPLE

Pendant le travail de l'avortement gémellaire, un seul signe peut permettre d'affirmer le diagnostic, s'il n'a pas été soupçonné auparavant. C'est l'existence d'une poche des eaux double, fait que nous avons constaté dans une de nos observations.

EXPULSION DES JUMEAUX

Les jumeaux sont expulsés d'ordinaire à quelques minutes d'intervalle ; mais il peut s'écouler quelques heures et même quelques jours entre la naissance du premier et celle du second. Leur développement est parfois inégal, soit qu'il y ait eu superimprégnation, soit que l'un des deux soit mort pendant que l'autre continuait de se développer. Nous en avons vu plusieurs exemples.

DÉLIVRANCE

Le mot d'Ant. Dubois : « La femme qui avorte n'accouche que d'un placenta » est particulièrement applicable à l'avortement multiple. La délivrance est bien ici le temps capital de l'expulsion de l'œuf.

Comme dans l'avortement simple, la rétention du délivre est surtout fréquente

au troisième et au quatrième mois, tandis qu'au cinquième et au sixième mois la délivrance se fait ordinairement comme à terme.

La rétention d'un délivre aussi volumineux que celui d'un avortement multiple peut, surtout lorsqu'il forme une masse unique, être la source des plus graves accidents pour la mère. Sur nos 15 cas, nous avons vu deux femmes mourir de septicémie, sans qu'on ait pu extraire le placenta, dans des avortements gémellaire et trigémellaire.

TRAITEMENT

En dehors des indications de traitement, qui sont les mêmes que pour l'avortement simple, la question importante est la conduite à tenir pendant la délivrance.

Notre conviction, basée sur les faits observés, est que la rétention d'un placenta volumineux, commun aux deux jumeaux, expose la mère aux plus grands dangers. Nous estimons donc que lorsque la délivrance se fait attendre quelques heures après l'expulsion des jumeaux, il faut, sans tarder davantage, la pratiquer artificiellement, avant que le col soit revenu sur lui-même. Si cette intervention est habituellement facile à cinq et six mois, alors que l'avortement ressemble à un accouchement en miniature et que l'on peut pénétrer aisément dans l'utérus, il n'en est pas de même à trois et quatre mois, époque habituelle de la rétention.

Deux cas peuvent alors se présenter :

1° Le col est resté largement perméable, très dilatable et peut laisser un passage facile au placenta. Tant qu'on est sûr de pouvoir, en abaissant l'utérus à l'aide de pressions sur l'hypogastre, faire pénétrer facilement au moins deux doigts jusqu'au fond de l'organe, on est maître de la situation et on attend, à moins qu'il n'y ait une hémorragie. Dès que ces conditions semblent se modifier, on intervient et on extrait le délivre, opération qui ne présente de difficulté que si l'arrière-faix est anormalement adhérent.

2° Si, après la sortie des jumeaux, le col est trop étroit pour laisser passer deux doigts dans la cavité utérine, il faut le dilater soit avec des bougies de Hegar, soit avec un ballon dilatateur, et, quand l'ouverture est suffisante, faire la délivrance artificielle.

Si l'intervention nous semble indiquée au moment même de l'avortement, à plus forte raison l'est-elle quand la rétention dure depuis plusieurs jours, avec ou sans accidents. On dilate alors le col, on pratique sous le chloroforme l'ablation du délivre et on nettoie l'utérus (voir ci-après le *Traitement de l'avortement incomplet*).

Dans les cas où des accidents graves de septicémie se sont déclarés, par suite de la putréfaction du délivre, où l'utérus est infecté, et où les jours de la femme sont en danger, un moyen plus radical peut seul lui offrir quelques chances de salut. Schultze, en 1886, et Skutsch, en 1888, ont, dans ces conditions, pratiqué à Iéna l'opération de Porro chez des femmes profondément infectées par la rétention du délivre : les deux opérées ont guéri. L'ablation de l'utérus est donc une suprême ressource dans les cas qui semblent désespérés.

18. — TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 8 juillet 1897 et *l'Obstétrique*, 15 juillet 1897.

Peu de questions ont soulevé autant de discussions que celle de la rétention d'un placenta abortif ou de débris ovulaires dans la cavité utérine. Actuellement, on est devenu, avec raison, beaucoup plus interventionniste qu'autrefois. Nous pensons que l'intervention, sans être applicable à tous les cas, doit être pratiquée dans une large mesure, à la condition de répondre à des indications bien précises. Notre conviction est basée sur de nombreux faits, et la conduite que nous avons adoptée depuis plusieurs années dans le cas d'avortement incomplet est justifiée par les résultats que nous avons obtenus en grande partie dans notre pratique hospitalière, particulièrement à la Maternité de Lariboisière, où les fausses couches sont fréquentes.

Nous y avons recueilli 275 observations dont un certain nombre ont été publiées dans la Thèse de notre élève le Dr Ch. Lucas[1]. Elles se rapportent pour la plupart à des avortements des troisième et quatrième mois, époque habituelle de la rétention placentaire.

Sur ces 275 avortements, 176 se sont faits spontanément, 99 ont nécessité une intervention opératoire.

Des 176 femmes chez lesquelles l'expulsion du placenta s'est faite spontanément, deux ont succombé : mais l'une avait fait sa fausse couche au dehors et nous avait été amenée en proie à une septicémie grave, l'autre était atteinte de tuberculose pulmonaire très avancée. Aucune des autres femmes n'a présenté le moindre accident. Notre traitement a été l'expectation, sous le couvert d'une antisepsie rigou-

[1] Ch. Lucas. *Etude du traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet.* Thèse, Paris, 1896.

reuse ; l'expulsion du délivre a eu lieu au bout d'un temps qui a varié de quelques heures à trois jours au plus. Ces 174 femmes ont quitté l'hôpital bien portantes.

Des 99 femmes chez lesquelles nous sommes intervenu pour vider l'utérus, 6 sont mortes : une de salpingite opérée ultérieurement ; deux de perforation probablement traumatique de l'utérus ; trois d'infection contractée en ville, dont une à la suite de manœuvres abortives. Les 93 autres femmes sont sorties en parfaite santé.

Nous attribuons ces heureux résultats à la conduite que nous avons suivie. Elle peut se résumer ainsi :

A. — Lorsque la rétention placentaire ne s'accompagne d'aucun accident, ce qui est fréquent quand on a soin de faire de l'antisepsie (176 fois sur 275 dans nos observations), et tant que l'utérus continue son travail d'expulsion, nous attendons la sortie spontanée du délivre.

B. — Mais nous intervenons dans les conditions suivantes auxquelles nous attachons une grande importance :

1° Toutes les fois que la rétention donne lieu à des accidents, hémorragie, fièvre, odeur des lochies..., signes d'infection même légère.

2° Dans les cas de placentas multiples (voy. p. 28).

3° Dans les cas où l'on a lieu de supposer que l'avortement est le résultat de manœuvres abortives, car l'infection est fréquente dans ces circonstances, et il est indiqué de la prévenir par une évacuation hâtive de l'utérus.

4° Toutes les fois que la rétention se prolonge au delà de trois ou quatre jours, même sans accidents et que l'utérus n'a plus de tendance à se contracter, le col étant refermé. On évite, en intervenant, des hémorragies ultérieures parfois graves et des suites éloignées de la rétention telles que la production de déciduomes.

Quant au mode d'intervention, nous avons recours, ainsi que le Professeur Budin, au curage digital et à l'écouvillonnage de l'utérus.

Pour être efficace, le curage digital doit être complet. La femme étant chloroformisée, on dilate préalablement le col à l'aide de bougies de Hégar jusqu'à ce qu'on puisse pénétrer facilement avec un ou deux doigts dans l'utérus. On abaisse celui-ci de l'autre main, et on l'explore à fond ; on décolle le placenta ou les cotylédons qui y sont retenus : puis, pour entraîner en dehors ces débris flottants, nous employons habituellement la manœuvre abdomino-vaginale préconisée par le Professeur Budin [1], manœuvre qui consiste à comprimer l'utérus entre deux doigts

[1] P. Budin. *De l'expression abdomino-vaginale dans le traitement de l'avortement.* L'Obstétrique, 15 septembre 1898.

introduits derrière le col dans le cul-de-sac postérieur du vagin et l'autre main appuyant sur la face antérieure de l'utérus à travers la paroi abdominale ; le placenta ainsi exprimé glisse dans la main de l'opérateur. Une fois le curage digital opéré, l'écouvillon, imbibé de glycérine créosotée au tiers ou à moitié, achève de détacher les derniers débris ovulaires et la caduque. La cavité utérine est finalement irriguée avec une solution antiseptique et tamponnée avec une bande de gaze iodoformée.

Nous n'usons presque jamais du curage instrumental, sauf dans certains cas exceptionnels où on ne peut réussir à détacher avec le doigt des fragments trop adhérents. La curette est un instrument aveugle qui, lorsqu'on se décide à l'employer dans un utérus puerpéral, à parois molles et peu résistantes, ne doit être manié qu'avec la plus extrême prudence, si l'on veut éviter une perforation. Elle doit être de grandes dimensions, et on ne l'introduira qu'après une large dilatation du col, permettant de la guider constamment sur le doigt.

Quant aux dilatateurs métalliques, nous les proscrivons comme dangereux, ainsi que les pinces destinées à extraire des débris placentaires. Ces instruments ont déterminé de graves accidents entre les mains les plus habiles. Des opérateurs tels que Veit, Orthmann, Olshausen, Martin, Fleishmann... ont déterminé des perforations utérines, avec issue d'anse intestinale dans le vagin, en se servant de pinces pour attirer le placenta au dehors. Aussi tous ces auteurs s'élèvent-ils contre l'usage des pinces.

Nous croyons donc pouvoir conclure que le véritable traitement de la rétention du placenta, dans les cas où il est indiqué d'intervenir, réside dans le curage digital, pratiqué après large dilatation du col, sous le chloroforme. La curette ne doit être employée qu'exceptionnellement et toujours sous le contrôle du doigt. Les pinces doivent être proscrites et l'extraction des débris placentaires décollés pourra être faite beaucoup plus avantageusement à l'aide du procédé d'expression de M. Budin. Enfin, l'écouvillonnage soigneux de la cavité utérine est le complément obligé du curage digital.

C. — ACCOUCHEMENT ET DÉLIVRANCE

19. — PERFORATION SYMÉTRIQUE DES PETITES LÈVRES PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 8 mars 1894.

Nous avons constaté chez une femme de 25 ans, primipare, aussitôt après l'accouchement, l'existence de deux perforations symétriques occupant les petites lèvres et siégeant à l'union de leur quart supérieur avec les trois quarts inférieurs.

Cette lésion singulière peut s'expliquer par deux mécanismes. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle est due à une déchirure partie de l'orifice vaginal, s'étendant à la petite lèvre, et s'arrêtant avant d'avoir atteint son bord libre (Budin). Tantôt elle se produit par suite de la surdistension et de l'éclatement des petites lèvres pendant le travail (Sécheyron).

Dans notre cas, les petites lèvres offraient une disposition particulière. Elles avaient un développement anormal, débordaient les grandes lèvres, et se prolongeaient jusqu'à la commissure postérieure ; elles affectaient ainsi la forme de deux volets triangulaires, qui, pendant les efforts de la femme, coiffaient la tête du fœtus et se tendaient sur elle. C'est donc par distension exagérée qu'elles se sont perforées, et l'examen de la vulve en a fourni la preuve en montrant que la perte de substance était séparée de l'orifice vaginal par un centimètre environ de tissu sain.

Ces déchirures sont assez difficiles à réunir, en raison de l'élasticité des tissus. Chez notre femme, l'application de serre-fines a été infructueuse. Plusieurs jours après l'accouchement, les deux perforations persistaient, cicatrisées sur tout leur pourtour et parfaitement indolores.

20. — PLACENTA DE 680 GRAMMES PRÉSENTANT AU NIVEAU DE L'INSERTION DU CORDON UNE ECTASIE DE LA VEINE OMBILICALE DU VOLUME D'UN ŒUF DE PIGEON, L'ENFANT, VIVANT, NE PESANT QUE 1780 GRAMMES.

Présenté dans la séance du 14 avril 1892 à la *Société obstétricale et gynécologique de Paris.*

Les *anévrysmes* de la veine ombilicale doivent être rares, car nous n'en avons trouvé d'autre mention que dans ce passage de la thèse d'agrégation de Chantreuil (*Des dispositions du cordon qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement,* Paris 1875) : « La veine ombilicale peut présenter des varicosités qui forment quelquefois des tumeurs assez volumineuses. Elles peuvent avoir pour conséquence d'entraver la circulation au point de s'opposer au développement de l'enfant. »

Dans le fait actuel, il y avait disproportion évidente entre le fœtus et le placenta ; et cependant, l'enfant, bien que petit, était vivace et présentait certains caractères d'un fœtus arrivé près du terme, en particulier une ossification avancée du crâne. Il pouvait donc être plus âgé que son poids ne semblait l'indiquer.

Dans ces conditions, il est naturel de penser que le développement de cet enfant a pu être entravé par la gêne circulatoire consécutive à l'ectasie située sur le trajet de la veine ombilicale.

21. — INSERTION ET ENCHATONNEMENT DU PLACENTA DANS UNE CORNE UTÉRINE ANORMALEMENT DÉVELOPPÉE AVEC DISPOSITION SINGULIÈRE DU DÉLIVRE

Annales de la Société obstétricale de France, 1895.

L'insertion du placenta dans une corne utérine anormalement développée peut être la source d'accidents sérieux au moment de la délivrance. C'est ce qui s'est produit dans un cas que nous avons communiqué à la Société obstétricale de France.

L'utérus, nettement bilobé, avait une corne utérine droite, volumineuse et saillante, et reliée au reste de l'organe par une sorte de large pédicule. La grossesse,

incidentée par plusieurs hémorragies qui pouvaient, par leur allure, faire songer à une insertion vicieuse, se termina, à 7 mois, par une rupture prématurée des membranes suivie au bout de 24 heures de la naissance d'une petite fille vivante de 1460 grammes. La délivrance tardant à se faire, la sage-femme qui présidait à l'accouchement exerça des tractions sur le cordon qui se cassa, entraînant avec lui un grand lambeau de membranes. Elle essaya alors de faire la délivrance artificielle et ne parvint qu'à déterminer uno abondante hémorragie. Un médecin appelé ne fut pas plus heureux ; il ne put pénétrer dans l'utérus et envoya la femme à la Maternité de Lariboisière, où elle arriva pâle, assez profondément anémiée. La délivrance artificielle fut difficile. Il existait en effet une contracture de l'anneau de Bandl qui ne put être vaincue que par l'application d'un ballon de Champetier de Ribes. La main introduite rencontra un second anneau de contraction à l'entrée de la corne droite, anneau qui ne put être franchi qu'avec peine. Le placenta, peu adhérent, fut facilement décollé et amené au dehors. Il avait une apparence très particulière. Sa face utérine tapissant toute l'étendue de la corne utérine sur laquelle elle était pour ainsi dire moulée, il avait pris la forme de cette cavité, et ressemblait à une aumônière. Les membranes, déchirées pendant les tentatives de délivrance, étaient incomplètes, et il fut aisé de reconnaître que l'insertion du cordon était vélamenteuse. La disposition bilobée de l'utérus qui était développé transversalement fut facile à constater après l'accouchement.

Après quelques manifestations fébriles, la malade se rétablit. L'enfant, mis en couveuse, ne vécut que quatre jours.

L'examen rétrospectif du placenta suffisait pour témoigner de l'existence d'une corne utérine anormalement développée, dont il reproduisait très exactement la forme.

On comprend les difficultés que peut présenter la délivrance avec une pareille disposition. Lo placenta retenu dans un diverticulum n'a que peu de tendance à se détacher et à être expulsé. Si dans ces conditions des tractions intempestives sont faites sur le cordon ou si la délivrance est tentée maladroitement, ces tentatives peuvent déterminer des contractions spasmodiques et partielles de l'utérus.

Dans notre cas, l'orifice d'entrée de la corne utérine s'est resserré et il s'est produit un véritable enchatonnement. L'anneau de Bandl s'est aussi rétracté, et il a fallu dilater préalablement deux orifices musculaires contracturés pour pouvoir pratiquer la délivrance artificielle.

22. — PLACENTA MULTIPLE DANS UNE GROSSESSE SIMPLE

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 16 avril 1896.

Placenta recueilli après un accouchement simple, pesant 610 grammes, et se composant de deux masses ovalaires, à peu près également volumineuses, ayant huit centimètres de diamètre, et séparées par un large intervalle de membranes.

Le cordon présentait une insertion vélamenteuse ; à quelques centimètres des deux placentas, ses vaisseaux se dissociaient, une veine et deux artères se rendant à chacun d'eux. Il y avait de plus un cotylédon accessoire de trois centimètres, relié par des vaisseaux courant sur les membranes à l'une des masses placentaires.

Ce délivre ressemblait à première vue à celui d'une grossesse gémellaire. C'est là une disposition sur laquelle a insisté le Dr Ribemont Dessaignes [1].

Ces placentas multiples donnent lieu à deux considérations importantes.

1° Il y a lieu de craindre une hémorragie fœtale si la poche des eaux se rompt au niveau des vaisseaux qui rampent sur les membranes.

2° On doit toujours examiner l'arrière-faix avec le plus grand soin, et regarder les membranes par transparence afin de s'assurer si elles ne sont pas sillonnées par quelques vaisseaux rompus se rendant à une masse placentaire qui serait restée dans l'utérus et dont l'extraction serait immédiatement nécessaire.

23. — HÉMORRAGIES DU SEGMENT INFÉRIEUR

Annales de la Société obstétricale de France, 1899, p. 265.

Parmi les hémorragies *post partum*, celles qui proviennent du segment inférieur, peu décrites jusqu'ici, méritent une place à part au point de vue de l'étiologie, du pronostic et du traitement.

Les trois observations personnelles que nous rapportons semblent calquées les

[1] Ribemont-Dessaignes. *Des placentas multiples dans les grossesses simples* (*Annales de gynécologie*, janvier 1887, p. 12).

unes sur les autres. Elles ont toutes trait à des hémorragies consécutives à l'expulsion d'un placenta prævia. Il est facile de comprendre que le segment inférieur, mince et peu rétractile, puisse être le point de départ d'hémorragie au moment de la délivrance ou après elle, quand le placenta prend insertion sur lui. Mais l'insertion vicieuse n'est pas la seule cause des hémorragies du segment inférieur; elles peuvent encore être produites par des lésions, des déchirures de la muqueuse, sortes de ruptures incomplètes de l'utérus à ce niveau.

La symptomatologie présente ceci de particulier que le sang coule peu au dehors ; en raison de sa laxité, le segment inférieur se laisse distendre par des caillots, et forme une poche parfois très volumineuse, qui repousse en haut le corps de l'utérus. Le palper dénote alors, comme dans nos trois cas, l'existence de deux tumeurs superposées, l'une supérieure, petite, dure, bien rétractée, constituée par le corps de l'utérus, l'autre inférieure, molle ou fluctuante, souvent énorme. En même temps, la femme pâlit, se refroidit; son pouls devient petit et rapide ; elle a des tendances aux syncopes, et présente les signes d'une hémorragie interne.

Tous ces symptômes réunis permettent d'établir le diagnostic. Cependant on peut prendre au premier abord, comme cela a eu lieu dans une de nos observations, le segment inférieur distendu pour la vessie remplie d'urine ; le cathétérisme a vite démontré l'erreur.

Il importe que l'accident soit rapidement reconnu, le pronostic en dépend. Si le diagnostic reste méconnu, le sang peut continuer à s'accumuler dans le segment inférieur et la femme pourrait succomber. Dans nos trois faits, les malades ont été secourues à temps, et toutes trois ont été sauvées.

Le traitement consiste essentiellement à vider la poche musculaire des caillots qu'elle contient, ce qu'on fait soit en abaissant fortement le fond de l'utérus et en chassant, par cette pression, le sang qui remplit la partie inférieure de la cavité utérine, soit mieux encore en introduisant la main dans le segment inférieur pour en extraire les caillots sanguins. Des injections chaudes intra-utérines à 48° ou 50° assurent ensuite le retrait de l'organe.

En cas de continuité de l'écoulement sanguin, et surtout si le sang provient de déchirures plus ou moins étendues, il faut recourir au tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée.

D. — DYSTOCIE MATERNELLE

24. — ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE DANS UN BASSIN RÉTRÉCI DEUX VERSIONS PODALIQUES. PRÉSENTATION DES JUMEAUX

Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, avril 1898.

Le bassin, vicié par le rachitisme, avait un diamètre promonto-sous-pubien de 10 cm. 3, et paraissait généralement rétréci. La grossesse était arrivée à la fin du 9e mois, et les deux jumeaux avaient tous deux la tête en bas. On trouvait un sommet mobile au détroit supérieur. L'autre tête, beaucoup plus élevée, occupait le flanc gauche.

A la dilatation complète, il n'y avait aucun engagement, et les efforts d'expulsion étaient nuls. En raison de l'élévation de la tête, il ne pouvait être question d'appliquer le forceps, et nous recourûmes, sous le chloroforme, à une double version. Le premier enfant fut extrait assez facilement; la tête dernière, arrêtée au détroit supérieur, franchit vite le rétrécissement, grâce aux tractions sur le maxillaire supérieur combinées à l'expression frontale. L'enfant, un garçon, pesait 2980 gr. et avait un diamètre bipariétal de 9 cm.

Le second enfant, également un garçon, bien qu'extrait aussi sans difficulté, avait la cuisse droite fracturée, et présentait un enfoncement profond sur la région pariétale gauche, qui correspondait au promontoire.

La fracture du fémur résultait de ce que le membre inférieur droit était non seulement relevé, mais tordu sur lui-même, en abduction et en rotation en dehors de telle sorte que la jambe reposait sur le dos du fœtus. C'est en raison de cette attitude vicieuse, que rien ne pouvait faire soupçonner, que des tractions modérées exercées simultanément, d'une part sur le membre sorti et d'autre part avec un doigt placé dans l'aine du membre relevé, ont suffi pour déterminer une fracture. Quant à l'enfoncement, c'était une dépression en forme de cuiller, d'une profondeur de 2 cm. environ, qui occupait la moitié antérieure du pariétal sur

une longueur de 5 cm. et une hauteur de 7 cm. Cet enfant, plus petit que son jumeau, pesait 2400 gr. et avait un diamètre bipariétal de 8 cm. 5.

La délivrance dut être faite artificiellement. L'existence d'une masse placentaire unique avec un chorion commun et deux amnios, la présence de larges anastomoses vasculaires entre les deux circulations, enfin, le sexe identique des jumeaux et leur inégal développement, démontrent que la grossesse était univitelline. La disposition des membranes permit d'établir que les fœtus avaient été superposés obliquement.

L'enfoncement constaté sur la tête du second enfant, alors que le crâne du premier ne présentait rien d'anormal, peut s'expliquer par ce double fait : 1° que les deux têtes étaient orientées différemment pour franchir le détroit supérieur, l'une ayant l'occiput à droite et l'autre l'ayant à gauche; 2° que la tête de ce second jumeau, plus petite et moins ossifiée, avait offert moins de résistance à la pression du bassin et s'était laissé plus facilement déprimer par la saillie de l'angle sacro-vertébral.

Ces enfants revus ultérieurement étaient en excellent état. La fracture du fémur s'était consolidée très régulièrement, grâce à un petit appareil inamovible. L'enfoncement n'avait à aucun moment déterminé le moindre trouble, et au bout de plusieurs mois, il avait presque disparu.

25. — UN CAS D'OSTÉOMALACIE

Archives de Tocologie, octobre 1889.

Ostéomalacie survenue au cours d'une sixième grossesse chez une femme de trente-quatre ans ; recrudescence de la maladie pendant la septième grossesse. Bassin vicié, diamètre promonto-sous-pubien de 8 cm.; saillie de la symphyse pubienne en forme de bec ; rapprochement notable du coccyx et des ischions. Accouchement prématuré spontané à 8 mois environ. Présentation de l'épaule, version ; extraction pénible de la tête. Enfant du poids de 1770 gr., né en état de mort apparente, ranimé par l'insufflation ; n'a vécu qu'un quart d'heure. Suites de couches normales. Rétablissement lent de la mère.

La rareté de l'ostéomalacie en France donne à ce fait un intérêt particulier.

La maladie s'est développée dans les conditions considérées comme favorables à la production de l'ostéomalacie puerpérale : femme d'une constitution chétive,

fatiguée par des grossesses répétées, soumise à une hygiène défectueuse, habitant un endroit humide.

Malgré un ensemble de symptômes bien caractéristiques : apparition au cours d'une sixième grossesse d'un affaiblissement général, de douleurs dans les os, surtout au niveau du bassin, et de déformations osseuses, le diagnostic est resté méconnu jusqu'au septième accouchement.

Ce fait tient à ce que le sixième accouchement s'étant accompli spontanément, l'attention n'a pas été attirée du côté du bassin. Pour expliquer cette terminaison facile, deux hypothèses sont seules possibles. Ou bien les déformations pelviennes étaient insuffisantes pour créer de la dystocie, et ce n'est qu'à la grossesse suivante qu'elles se sont accentuées et sont devenues telles que nous les avons constatées ; ou bien le bassin, déjà déformé, mais encore en voie de ramollissement, a subi, pendant le travail, une dilatation causée par la pression du fœtus, et en a permis l'expulsion, comme il en existe plusieurs exemples dans la science.

26. — DYSTOCIE PAR RÉTRACTION DE L'ORIFICE EXTERNE DU COL DANS UN CAS DE PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

Communication faite avec le Dr Schwab, à la *Société d'obstétrique de Paris*, séance du 11 mai 1898.

Dans les présentations de l'épaule négligées avec rupture prématurée des membranes, il est de règle que l'utérus se rétracte en forme de sablier, l'anneau de Bandl formant un sillon entre le corps utérin globuleux et dur et le segment inférieur aminci et surdistendu par l'épaule et la tête qu'il contient d'ordinaire dans sa cavité et sur lesquels ils se moule. La version est alors le plus souvent impossible et contre-indiquée, car l'introduction de la main déchirerait fatalement l'utérus ; le fœtus est ordinairement mort, et c'est à l'embryotomie qu'on doit recourir.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, comme en témoigne le cas qui fait l'objet de cette publication, et ces exceptions sont importantes à connaître, car elles peuvent être justiciables d'une intervention différente.

Nous avons eu affaire à une femme secondipare, ayant eu une présentation de l'épaule négligée. La rupture des membranes datait de trente-cinq heures ; il y avait procidence du cordon. L'enfant était mort. On avait fait en ville plusieurs

tentatives infructueuses de version. L'utérus dans sa totalité était rétracté; mais il n'y avait ni surdistension du segment inférieur, ni rétraction de l'anneau de Bandl. En revanche, le spasme était surtout prononcé au niveau de *l'orifice externe* qui cerclait comme un anneau de fer, le moignon de l'épaule.

La première condition pour intervenir, fût-ce par l'embryotomie, était de faire cesser la rigidité spasmodique du col et de le dilater.

Nous y parvînmes, avec une certaine difficulté, à l'aide de la dilatation manuelle progressive, la femme étant anesthésiée. Au bout de dix minutes, la main pénétrait dans l'utérus. Le segment inférieur n'étant pas très tendu, le corps lui-même n'étant pas très rétracté, nous pûmes faire la version qui fut assez facile et extraire une fille morte de 2970 grammes. Quelques accidents fébriles, qui n'eurent pas de suite, incidentèrent les suites de couches.

On voit que dans ces cas rares de présentation de l'épaule avec rétraction totale de l'utérus et contracture de l'orifice externe, la version n'est pas absolument contre-indiquée. Le point important est d'abord d'obtenir la dilatation du col. Si alors la main peut pénétrer sans difficulté, on effectue la version comme nous l'avons fait. Si le tétanisme utérin est trop marqué, il faut faire l'embryotomie, opération seule indiquée dans les cas de rétraction de l'anneau de Bandl avec amincissement du segment inférieur.

27. — RUPTURE INCOMPLÈTE DE L'UTÉRUS (COUCHES SUPERFICIELLES)

Annales de la Société obstétricale de France, 1892, p. 151.

Dans ce mémoire nous nous sommes proposé de décrire aussi complètement que possible une variété de déchirure incomplète de l'utérus gravide, qui, signalée simplement par les auteurs, et plus particulièrement par Duparcque, Jacquemier, Spiegelberg, Brennecke, n'a fait l'objet d'aucune monographie spéciale. Il s'agit de la déchirure des couches superficielles de l'utérus, la muqueuse restant indemne (*rupture extra-muqueuse*).

Notre description a eu pour point de départ un fait intéressant observé par nous à la Pitié en 1887. Nous avons assisté à la mort rapide d'une multipare âgée de trente-sept ans, enceinte pour la treizième fois, qui avait reçu de violents coups de pied dans le ventre. Cette femme nous avait été amenée dans un état syncopal, n'ayant aucune hémorragie externe ; son enfant qui se présentait par le sommet

était mort, et elle-même succomba avant qu'on ait pu intervenir pour terminer l'accouchement.

A l'autopsie, nous trouvâmes une rupture incomplète des couches externes de l'utérus. Un énorme caillot de 450 grammes était situé au-devant de l'organe gestateur ; la cavité abdominale contenait en outre environ trois litres de sang liquide. La lésion siégeait sur la face antérieure de l'utérus ; elle était verticale dans sa plus grande partie (fig. 4), et devenait un peu horizontale à son extrémité inférieure.

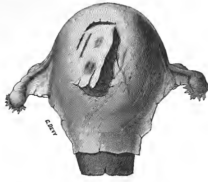


Fig. 4.

rieure. Elle n'intéressait que le péritoine et la couche musculaire sous-jacente dans une profondeur de 2 à 3 centimètres, sans arriver jusqu'à la muquense. Dans son voisinage, il existait un certain nombre d'éraillures de la séreuse et de petites ecchymoses sous-péritonéales.

L'utérus, incisé sur sa face postérieure, contenait un fœtus du sexe masculin de de 4120 grammes. Le placenta inséré sur la face antérieure n'était décollé en aucun point.

La production de ces ruptures est favorisée par l'existence à la surface de l'utérus des multipares de cicatrices, de sillons, de vergetures de la séreuse péritonéale qui en affaiblissent la résistance, et qui sont le fait de la distension de l'organe par les grossesses ; ces lésions ont été particulièrement décrites par Jacquemier, et M. Duncan. Vienne alors un traumatisme, tels que des coups ou une chute sur le ventre, même une simple émotion violente, le tissu utérin cédera au

niveau des éraillures de la séreuse et la tunique musculaire sera plus ou moins profondément atteinte ; ses vaisseaux déchirés donneront lieu à une hémorragie d'abondance variable.

Les symptômes éclatent brusquement. C'est d'abord une douleur vive ressentie dans le ventre ; puis surviennent une sensation d'angoisse, de la pâleur de la face, du refoidissement des extrémités, de l'abaissement du pouls, etc., finalement le collapsus à plus ou moins brève échéance.

Fait important, il n'y a pas d'hémorragie extérieure : l'utérus ne change pas de forme et il peut continuer à se contracter, quoique plus faiblement. Peu à peu le ventre augmente de volume et l'on peut y sentir de la fluctuation ou de l'empâtement avec crépitation, signes de l'épanchement sanguin qui se fait dans le péritoine.

Le diagnostic reste souvent indécis et méconnu, et la lésion utérine a presque toujours été une trouvaille d'autopsie.

Les cas que nous avons recueillis dans la littérature, au nombre de quinze, se sont tous terminés par la mort. L'enfant succombe le plus habituellement ; cependant dans un fait de White la femme accoucha d'un enfant vivant et mourut trois quarts d'heure plus tard.

Il ne peut être question de traitement que dans le cas où le médecin serait appelé au moment même de l'accident. Il pourrait avoir alors l'espoir de sauver la femme par une intervention prompte et énergique : soit la laparotomie avec suture de la déchirure, soit l'opération césarienne, soit enfin l'opération de Porro, si le nombre et l'étendue des lésions ne permettaient ni la suture, ni la césarienne conservatrice. On devrait en outre mettre en œuvre tous les moyens habituels pour relever les forces de la malade.

28. — PLACENTA PRÆVIA INSÉRÉ SUR UNE TUMEUR FIBREUSE

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 14 janvier 1897.

Nous avons présenté à la Société obstétricale l'utérus d'une femme morte à la Maternité de Lariboisière peu après un accouchement dystocique qui avait nécessité une intervention des plus pénibles.

Cette femme, secondipare, s'était présentée dans un état d'anémie très alar-

mant, consécutif à plusieurs hémorragies, la dernière très abondante. Elle avait été prise des premières douleurs quand se produisit cette perte et une sage-femme lui avait fait prendre du seigle ergoté.

Le diagnostic formulé par nous fut le suivant : grossesse de huit mois environ ; insertion vicieuse du placenta, probablement centrale, car on ne trouvait de membranes nulle part; enfant mort, se présentant transversalement ; travail arrêté par la rétraction considérable de l'utérus, due sans doute à l'administration du seigle ergoté.

Le col semblant suffisamment dilatable pour permettre la terminaison immédiate de l'accouchement, nous nous décidâmes, devant l'extrême gravité de l'état de la femme, à intervenir sans attendre davantage. Nous nous abstînmes toutefois de lui donner du chloroforme, et nous lui fîmes au contraire respirer de l'oxygène et avaler des gorgées de grog. Nous dûmes, pour faire la version, traverser le placenta qui recouvrait l'orifice ; la saisie d'un pied offrit de grandes difficultés. L'extraction fut faite avec lenteur pour éviter une syncope *ex vacuo*. L'enfant, un garçon mort-né, pesait 2 400 grammes. Nous entreprîmes alors une délivrance artificielle qui fut extrêmement pénible, tant il y avait des adhérences intimes entre le placenta et l'utérus.

Les cotylédons ne purent être extraits qu'isolément, par lambeaux, et, après en avoir retiré 470 grammes environ, nous constatâmes qu'il restait encore dans le segment inférieur, au point où était implanté le délivre, une masse volumineuse et molle dont des parcelles avaient été arrachées en même temps que des fragments de placenta qui lui adhéraient.

Après cette intervention, l'état de la patiente s'aggrava rapidement ; malgré des injections sous-cutanées d'éther et de sérum, elle tomba dans le collapsus. Nous pratiquâmes alors une injection intra-veineuse de 1 200 grammes de sérum. Mais c'est à peine si le pouls se releva quelques instants et la femme ne tarda pas à succomber.

L'utérus fut examiné avec soin. Extérieurement, il ne présente rien d'anormal, sauf un volume exagéré. A l'intérieur existait une tumeur implantée sur la moitié gauche du segment inférieur, ayant 16 centimètres de longueur sur 17 de large et distante de 2 cent. 1/2 de l'orifice externe du col, de consistance molle, et de trame cependant résistante : cette tumeur était constituée, comme l'a montré l'examen histologique, par un fibrome ramolli par la grossesse. C'est sur ce fibrome qu'était inséré en grande partie le placenta.

Ce qu'il y a de plus particulièrement intéressant dans ce fait est la présence de cette tumeur fibreuse interstitielle et sous-muqueuse sur le segment inférieur,

tumeur ayant déterminé une dystocie des plus graves (présentation du tronc, version difficile, délivrance artificielle rendue presque impraticable par des adhérences placentaires considérables à la tumeur), et étant restée, malgré son volume relativement considérable, complètement méconnue.

Charpentier a cité de même un cas où un énorme fibrome situé à l'union du col et du corps mit un obstacle invincible à l'accouchement, échappa à toutes les investigations et ne fut reconnu qu'à l'autopsie (*Traité pratique des accouchements*, 1883, t. II, p. 291).

La terminaison fatale doit être attribuée à la fois à l'anémie aiguë causée par les hémorragies répétées et au choc déterminé par les manœuvres longues et pénibles qu'ont nécessitées l'accouchement et la délivrance.

E. — DYSTOCIE FOETALE

29. — DYSTOCIE PAR VOLUME EXAGÉRÉ DU FŒTUS

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 12 février 1891.

Présentation d'un fœtus du sexe féminin, mort-né, pesant 6.750 grammes et provenant d'un accouchement dystocique effectué en ville. La mère avait présenté, pendant sa grossesse, de la polyurie et de la glycosurie (51 grammes de sucre par litre au huitième mois). Le ventre était énormément distendu et il y avait de l'hydramnios. L'enfant se présenta par le siège mode des fesses. On dut, avec beaucoup de peine, défléchir un pied et il fallut deux heures d'efforts vigoureux et continus pour extraire les membres inférieures, le siège et le tronc. Le dégagement des bras relevés fut encore très pénible ; la tête sortit avec facilité. Les suites de couches furent normales.

Les dimensions de ce fœtus, exceptionnellement colossal, de 13 livres et demie, étaient les suivantes :

Longueur totale.	58,00 cm
Diamètre bis acromial	18,00 —
Diamètre bis iliaque	13,5 —
Diamètre bitrochantérien . .	17,00 —
Diamètres de la tête :	
OM	14,00 —
OF	12,5 —
SsOBr	9,50 —
BiP	10,00 —
BiT	9,00 —

30. — NOTE SUR DEUX CAS DE PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL SURVENUE EN DEHORS DU TRAVAIL

Le Progrès médical, 11 juin 1887.

Le but de cette note est de démontrer la possibilité d'une procidence du cordon avant tout début de travail. Nous avons eu occasion d'observer deux exemples de cet accident, à sept mois de grossesse environ, à la Maternité de l'hôpital Tenon en 1884 et 1885.

Dans les deux cas le mécanisme du prolapsus du cordon a été le même. Certaines conditions favorables à une procidence existaient : rupture prématurée des membranes datant de plusieurs jours, petitesse de l'enfant, absence d'engagement d'aucune partie fœtale, et, dans un cas, longueur inusitée du cordon (95 centimètres). Dans ces circonstances, un effort de la femme a suffi pour déterminer l'issue du cordon à travers un canal cervical encore long, à peine perméable au doigt : ajoutons que, chez les deux femmes qui ont éprouvé cet accident, l'effort a eu lieu pendant la défécation et que la situation accroupie a dû favoriser encore la production de la procidence. Le travail ne s'est déclaré que plusieurs heures après la chute du cordon, qui, dans les deux cas, a été fatale à l'enfant.

La conséquence pratique de pareils faits est d'abord qu'il y a lieu d'instituer un traitement prophylactique de la procidence dans le cas de rupture prématurée des membranes. Ce traitement est d'ailleurs le même que celui par lequel on s'efforce de retarder le plus possible le travail ; il consiste dans le repos au lit, dans l'administration de laudanum en lavements ou de morphine en injections sous-cutanées. On recommandera en même temps à la femme d'éviter la constipation et de ne faire aucun effort violent. Si la grossesse est déjà avancée et le fœtus non engagé, on ramènera la tête au détroit supérieur par des manœuvres externes et on la fixera par un bandage ou une ceinture appropriée.

Quant au traitement de la procidence elle-même, dans de pareilles conditions, il est bien aléatoire, et il n'y a indication à le tenter que si l'on se trouve auprès de la femme au moment où l'accident vient de se produire, le cordon battant encore, comme cela a eu lieu dans une de nos observations. On pourrait alors essayer de réduire le cordon de la manière suivante : la femme étant placée dans la situation génu-pectorale, on tenterait cette réduction avec une sonde, en employant de

préférence le procédé très simple de Dudan qui permet, lorsqu'on a pu repousser le cordon à travers le col dans la cavité utérine, de retirer la sonde et n'expose pas à provoquer le travail.

31. — DYSTOCIE PAR HYDROCÉPHALIE. — OPÉRATION DE VAN HUEVEL-TARNIER

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 13 février 1890.

Il s'agit d'un cas d'hydrocéphalie que nous avons observé à la Pitié dans les circonstances suivantes : une sage-femme nous amena une parturiente chez laquelle elle n'avait pu terminer l'accouchement. Le tronc du fœtus pendait tout entier entre les cuisses ; le cordon flasque ne présentait aucun battement. Le palper permettait de constater que l'utérus contenait une tête très volumineuse, hydrocéphale.

Nous recourûmes à l'opération imaginée par Van Huevel et mise pour la première fois à exécution par Tarnier : après avoir sectionné la colonne vertébrale dans sa région dorsale, nous introduisîmes une sonde dans le canal rachidien en la poussant jusque dans la cavité cranienne ; nous recueillîmes ainsi 1 200 grammes de liquide citrin ; la tête affaissée sortit aussitôt.

Le fœtus, du sexe féminin pesait 3 180 grammes sans le liquide retiré. En redonnant au crâne ses dimensions primitives à l'aide d'une injection pratiquée dans sa cavité, nous obtînmes une tête énorme, régulière, dont les principaux diamètres étaient les suivants :

OF.	15 cm.
OM.	16 —
SOBr	18 —
BiP.	16 —
BiT.	13 —

Les hémisphères cérébraux étaient en grande partie détruits ; le cervelet seul offrait à la base du crâne un aspect à peu près normal.

Ce fœtus avait en outre des malformations des membres inférieurs. Les membres étaient étendus et légèrement relevés ; les genoux, raides, ne pouvaient être

fléchis que dans une petite étendue ; on ne pouvait imprimer aux cuisses que des mouvements de flexion et d'adduction très limités.

Quant aux pieds, ils présentaient tous deux le type du pied bot varus congénital très accentué. Ces attitudes vicieuses étaient, comme l'a montré Jules Guérin, le fait de rétractions musculaires et fibreuses et non de lésions articulaires.

Ce fait a donné lieu à la thèse du Dr Pujol sur *les rapports du pied bot congénital avec l'hydrocéphalie et l'hydrorachis* (Paris, 1890).

F. — THÉRAPEUTIQUE ET OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

32. — TRAITEMENT DE LA PRÉSENTATION DU SIÈGE MODE DES FESSES ENCLAVÉ DANS L'EXCAVATION

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 10 juillet 1890.

Nous n'avons eu, en vue dans ce mémoire, que les cas où le siège décomplété mode des fesses est immobilisé dans l'excavation et où l'accouchement spontané est impossible. Cet enclavement s'observe surtout chez les primipares, quand l'enfant est volumineux, et quand, les membranes étant rompues, l'utérus est plus ou moins rétracté. Il y a urgence à intervenir. La déflexion d'un pied est alors presque toujours impossible, et le lacs et le forceps sont les seuls moyens indiqués.

Les conditions de leur emploi ont été bien déterminées par le Dr Olivier dans sa thèse (1883). Nous avons rapporté deux observations de présentation des fesses en S I G A, enclavée, où le lacs nous a pleinement réussi, après échec avec le forceps dans un cas, et nous avons insisté sur la facilité relative que nous avons eue à passer un lacs autour de l'aine de l'enfant par une manœuvre purement manuelle, sans recourir à un porte-lacs qu'on n'a pas toujours sous la main. Cette manœuvre, que je n'ai trouvée décrite nulle part, est la suivante. Au lieu d'introduire, comme on le fait habituellement, la main entre le siège et la paroi antérieure de l'utérus pour glisser le lacs de haut en bas entre les cuisses du fœtus, ce que la rétraction utérine rendrait ici fort difficile, nous glissons au contraire ce lacs *de bas en haut,* directement dans le sillon intercrural; puis nous allons en chercher l'extrémité avec les doigts introduits entre la symphyse pubienne et la fesse antérieure.

Ce procédé nous a paru d'une exécution assez aisée, et nous connaissons des faits où il a été employé avec succès par d'autres opérateurs.

Voici en résumé la conduite à tenir dans ces cas de dystocie :

Dans les positions sacrées postérieures, appliquer le forceps : proscrire le lacs qui peut être dangereux.

Dans les positions sacrées antérieures, proscrire absolument le forceps qui échoue presque toujours et avoir recours au lacs qui donne les meilleurs résultats.

Pour entourer l'aine antérieure avec un lacs, à défaut de porte-lacs, se servir de la main en introduisant le lacs d'après le procédé que nous avons décrit.

33. — ÉTUDE SUR LE FORCEPS DE CROUZAT

En collaboration avec le Dr Schwab, *Annales de la Société obstétricale de France*, 1898, p. 171, et *l'Obstétrique*, mai 1898.

Le forceps imaginé par le Dr Crouzat, en 1894, présente ceci de particulier : La courbure périnéale est reportée sur les manches ; les cuillers sont plus larges que dans le forceps de Tarnier ; de plus, l'extrémité des cuillers, au lieu de présenter un bord convexe et un bord concave, est convexe, sur les deux bords. Le tracteur se place à l'extrémité des manches et se compose d'une tige de traction et d'un glissoir serre-tête. La tige de traction est extrêmement mobile, car elle s'articule avec le glissoir au moyen d'une pointe en acier reçue dans une cupule.

Nous avons rapporté huit observations dans lesquelles nous avons appliqué avec succès, au détroit supérieur, l'instrument du Dr Crouzat.

Dans six cas, il s'agissait de bassins rétrécis aplatis.

Une fois, le forceps de Crouzat a réussi, alors que celui de Tarnier avait dérapé. Dans tous les autres cas, l'application du forceps de Crouzat a été faite d'emblée et avec succès. Le rétrécissement du bassin, il est vrai, était modéré ; le diamètre promonto-pubien minimum variait de 8 cm, 5 à 9 cm, 5. Une fois, nous avons appliqué le forceps sur une face élevée en M I D P, et l'extraction a été très facile. Dans tous nos cas, nous avons fait une prise oblique au détroit supérieur. Or, dans aucun, les tractions n'ont exigé un grand déploiement de force.

L'extraction semble plus facile qu'avec le forceps de Tarnier

L'articulation de l'instrument se fait toujours facilement. De plus, il tient solidement la tête ; jamais nous n'avons observé ni glissement, ni dérapement.

Sur nos huit cas, les huit mères ont quitté l'hôpital en bon état ; sept enfants

sont sortis vivants ; un seul a succombé, mais il y avait eu compression du cordon entre la tête et le forceps.

Expérimentalement, nous avons pu, dans un bassin de bronze, confirmer les résultats cliniques obtenus avec le forceps de Crouzat. L'instrument tient solidement la tête, ne dérape pas. De plus, les tractions nécessitées pour engager une tête arrêtée au détroit supérieur exigent moins de force avec l'instrument du Dr Crouzat qu'avec celui de Tarnier. Dans un cas où il a fallu une force de traction de 32 kilos avec le forceps de Tarnier, il n'a fallu que 20 kilos avec celui de Crouzat. En résumé, le forceps du Dr Crouzat semble présenter des avantages certains pour les applications au détroit supérieur.

34 — DE LA BASIOTRIPSIE SUR LA TÊTE DERNIÈRE DANS UN BASSIN VICIÉ

Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 14 juin 1894.

Cette communication a trait au manuel opératoire du broiement de la tête dernière arrêtée au détroit supérieur rétréci.

Nous avons eu à intervenir dans des conditions extrêmement difficiles chez une primipare âgée, rachitique, dont le bassin, généralement rétréci, avait un diamètre promonto-pubien minimum de 8 centimètres. Le fœtus était mort depuis peu. La tête était très élevée, et une main, un pied et le cordon faisaient procidence. Dans ces conditions nous tentâmes la version ; mais, malgré tous nos efforts, nous ne pûmes extraire la tête dernière et nous dûmes pratiquer la basiotripsie.

La perforation présenta de sérieuses difficultés et ne put être faite que par la région sus-hyoïdienne. Une fois le perforateur introduit dans la cavité cranienne, l'application de la première branche fut assez facile ; mais celle de la seconde branche présenta des difficultés insurmontables ; nous étions gênés considérablement par le tronc.

La tête étant bien saisie entre le perforateur et la première branche, il n'y avait aucun inconvénient à nous débarrasser du tronc, dont la présence était le principal obstacle à l'introduction de la seconde branche. Nous fîmes donc la décollation et nous pûmes alors placer cette branche, achever le broiement de la tête et l'extraire.

Ce fait nous a autorisé à conclure que dans les cas où l'on fait la basiotripsie

sur la tête dernière dans un bassin vicié et où le tronc offre un obstacle à l'opérateur, il y a tout avantage à faire la section du cou après que le perforateur et la première branche du basiotribe sont placés. En effet, la tête prise solidement n'a aucune tendance à fuir, et l'achèvement de l'acte opératoire est beaucoup plus aisé.

35. — DE LA SYMPHYSÉOTOMIE DANS LE CAS DE TUMEUR DES PAROIS DE L'EXCAVATION PELVIENNE

Annales de la Société obstétricale de France, 1893.

Nous avons eu à intervenir chez une femme enceinte pour la seconde fois et à terme, qui nous fut amenée avec la dilatation complète depuis six heures. Une tumeur volumineuse oblitérant en partie l'excavation et paraissant solidement attenante à la branche ischio-pubienne gauche, ne permettait ni l'accouchement spontané ni l'extraction par le forceps ou la version. La longue durée du travail et l'état de fatigue de la femme nous firent rejeter l'opération césarienne. La basiotripsie ne paraissait pas sans danger dans un espace aussi restreint, et d'ailleurs le fœtus vivait. L'ablation de la tumeur était très aléatoire, et la symphyséotomie, malgré les conditions peu favorables où se trouvait la parturiente, semblait devoir créer un agrandissement suffisant pour la sortie d'un enfant vivant. Nous pratiquâmes donc la symphyséotomie. Après l'écartement des pubis, nous pûmes apprécier la forme et le volume de la tumeur et nous assurer que la tête située au-dessus d'elle était en position droite transverse. Plusieurs applications de forceps restèrent malheureusement infructueuses. Après la dernière, une main et le cordon faisaient procidence ; les battements du cœur de l'enfant disparurent. Nous fûmes obligés de terminer l'accouchement par une basiotripsie. Au cours de notre intervention il se produisit une déchirure de la partie antérieure du vagin de 5 centimètres de long, communiquant avec la plaie opératoire et correspondant au bord postérieur du pubis droit. Cette plaie, qui fut suturée, s'était produite d'après le mécanisme indiqué par le Dr Budin; elle était évidemment due à la pression exercée sur le vagin par le bord saillant de l'os pendant les applications de forceps.

L'opérée eut d'abord quelques accidents fébriles légers ; mais son état général était assez bon, quand elle fut prise de phlegmatia alba dolens du membre infé-

rieur gauche, le neuvième jour. Elle mourut subitement d'embolie le dix-huitième jour, au moment où on allait lui faire une injection vaginale.

L'autopsie permit de reconnaître que la tumeur, dure, assez régulièrement arrondie, du volume d'une orange, s'était développée aux dépens du périoste du corps du pubis gauche (fig. 5 et 6). L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un fibrome du périoste.

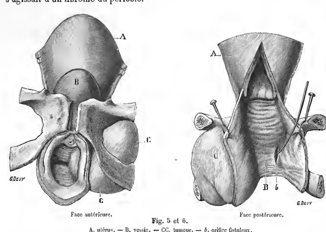


Fig. 5 et 6.
A, utérus. — B, vessie. — CC, tumeur. — b, orifice fistuleux.

La symphyse pubienne n'était nullement consolidée. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace de suppuration entre les surfaces articulaires, qui étaient distantes de 2 centimètres.

La symphyséotomie n'a été que rarement entreprise pour les tumeurs de l'excavation pelvienne. Nous n'en avons trouvé dans la littérature que trois cas antérieurs au nôtre.

Dans notre fait, si cette opération n'a pas suffi pour permettre la sortie de la tête fœtale intacte, elle a du moins facilité singulièrement la basiotripsie qui eût été sans elle impossible.

Il y aurait intérêt à établir d'une façon précise les indications de la symphyséotomie dans les cas d'obstruction partielle de l'excavation par une tumeur pelvienne.

36. — SYMPHYSÉOTOMIE ET BASIOTRIPSIE

L'Obstétrique, 15 janvier 1896.

Parmi les indications de la symphyséotomie il en est qu'on peut qualifier d'indications d'urgence. Elles sont réalisées en particulier dans les cas de rétrécissements légers du bassin, de ceux qui en apparence ne semblent pas nécessiter une intervention grave; et pourtant, contre toute attente, soit que la tête soit trop volumineuse, soit pour une autre raison, l'engagement ne se fait pas; le forceps échoue, la version est impossible. La symphyséotomie peut seule alors permettre de sauver l'enfant.

Mais, dans ces cas même, une autre considération doit guider l'accoucheur : il ne se décidera à recourir à la symphyséotomie que si la mère est en état de la supporter sans péril et si la vitalité du fœtus n'est pas trop compromise.

Telle est la règle de conduite que nous avons suivie dans deux cas qui se sont présentés, à deux jours d'intervalle, à notre observation.

Le premier fait concerne une primipare âgée, chez laquelle nous avons fait, à la Pitié, la symphyséotomie pour un faible rétrécissement du bassin (diamètre promonto-sous-pubien 11 cm, 3), après avoir essayé sans succès une application de forceps. La tête de l'enfant était assez volumineuse et surtout très ossifiée : le diamètre bipariétal mesurait 9 cm, 7. La mère et l'enfant sont sortis en très bon état.

Notre seconde observation est celle d'une femme ayant, comme la précédente, une viciation pelvienne peu accentuée, et chez laquelle la tête ne put franchir le détroit supérieur ni spontanément, ni à l'aide du forceps. Or, nous terminâmes chez elle l'accouchement par la basiotripsie, car elle se trouvait dans des conditions graves. Outre qu'elle était albuminurique, la rupture prématurée des membranes, la longue durée du travail, le gros volume du fœtus la mettaient dans un état d'infériorité notoire. Le fœtus avait souffert; il avait encore quelques battements quand nous avons commencé la basiotripsie, mais il avait perdu le droit à l'existence et n'aurait pas survécu. Dès lors, à quoi bon faire, pour le sauver, une tentative inutile et pratiquer chez la mère surmenée une symphyséotomie bien autrement sérieuse que la basiotripsie ? Après quelques accidents fébriles pendant les suites de couches, la mère s'est rétablie,

La conclusion de notre travail est donc que les indications de la symphyséo-

tomie cessent d'exister quand la femme présente une tare quelconque qui la place dans de mauvaises conditions pour résister au traumatisme opératoire. L'embryotomie est alors préférable, le fœtus fût-il encore vivant ; car elle est à peu près inoffensive pour la mère, dont le salut doit passer avant tout.

37. — OPÉRATION CÉSARIENNE DANS UN BASSIN RACHITIQUE A FORME DOUBLE OBLIQUE OVALAIRE

Annales de la Société obstétricale de France, 11 avril 1896, et *l'Obstétrique*, 15 juillet 1896.

Nous avons pratiqué l'opération césarienne avec plein succès pour la mère et l'enfant chez une primipare de dix-neuf ans, rachitique, atteinte d'une déformation particulière du bassin. Le rétrécissement portait en effet sur les diamètres transverses dans toute la hauteur de l'excavation, tandis que la diminution des diamètres antéro-postérieurs était minime ; on n'arrivait qu'avec peine sur l'angle sacro-vertébral. En raison de la prédominance de cet aplatissement latéral que nous observions pour la première fois et dont nous ne connaissions pas d'exemple dans la littérature obstétricale, nous avons comparé la forme de ce bassin à celle du bassin de Robert, à part les synostoses sacro-iliaques et l'atrophie des parties latérales du sacrum qui sont spéciales à ce dernier, et nous l'avons désigné sous le nom de bassin à forme double oblique ovalaire, expression à laquelle il est tout naturel de substituer celle plus simple de *bassin rachitique transversalement rétréci*. Il est très important de ne pas confondre cette variété rare de viciation avec le bassin rachitique généralement rétréci ; dans ce dernier la diminution des diamètres antéro-postérieurs est toujours plus accusée que celle des diamètres transverses, à l'inverse de ce que nous avons constaté dans notre cas.

En présence d'une viciation aussi exceptionnelle, nous avons soumis la femme à l'examen du professeur Tarnier et de plusieurs de nos collègues.

Leur avis a été unanime sur l'aplatissement latéral très marqué du bassin et sur l'impossibilité d'un accouchement spontané à terme. Après mûre réflexion, nous trouvant dans d'excellentes conditions, nous nous sommes décidé à faire la section césarienne, qui n'entraîne après elle aucun des inconvénients de la symphyséotomie. Nous avons opéré avant tout début de travail, et nous avons amené au monde un garçon de 3 570 grammes, ayant un diamètre bipariétal de 10 centimètres.

Les suites de couches ont été apyrétiques, et la mère a pu allaiter son enfant sans le moindre incident.

Cette femme est redevenue enceinte et elle a été symphyséotomisée à la Clinique Baudelocque d'où elle est sortie bien portante avec son second enfant.

Depuis notre publication, plusieurs observations de bassins rachitiques transversalement rétrécis ont été publiées et notre externe le Dr Salles a fait récemment sur ce sujet une thèse très intéressante.

Ces observations sont aujourd'hui, à notre connaissance, au nombre de neuf, en y comptant la nôtre : quatre du Dr Fournier, d'Amiens, communiquées par lui à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, le 9 juin 1898, et dont deux ont été rapportées dans la thèse de son élève Brulin (1898) ; une de A.-E. Morison (*The Lancet*, 16 avril 1898) ; deux du Dr Demelin (*Journal des praticiens*, 8 janvier 1898) ; un nouveau cas observé par nous à la clinique Tarnier, le 9 avril 1898, et qui a été rapporté dans la thèse du Dr Salles ; enfin un cas du professeur Gaulard, de Lille, communiqué à la Société d'obstétrique, de gynécologie, et de pédiatrie de Paris, le 5 mai 1899.

Ces neuf femmes à bassin rachitique transversalement rétréci ont eu à elles toutes quatorze accouchements. Cinq se sont terminés spontanément. Les autres ont nécessité une intervention : l'application du forceps une fois, la basiotripsie quatre fois, la symphyséotomie deux fois, l'opération césarienne une fois, l'opération de Porro une fois.

38. — DES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE SÉRUM ARTIFICIEL A DOSES MASSIVES DANS L'ANÉMIE SURAIGUE CONSÉCUTIVE AUX HÉMORRAGIES PUERPÉRALES

Annales de la Société obstétricale de France, 11 avril 1896, et *l'Obstétrique*, 15 juillet 1896.

L'objet de ce mémoire a été de démontrer l'efficacité vraiment héroïque des injections intra-veineuses de sérum artificiel dans l'anémie aiguë post-hémorragique, à la condition toutefois qu'on les fasse à doses suffisantes, et surtout qu'on ne craigne pas de les répéter jusqu'à ce qu'elles aient produit un effet durable.

La femme qui nous a fourni l'occasion d'expérimenter ces injections fut amenée

[1] SALLES. *Etude sur les bassins rachitiques transversalement rétrécis*, Thèse, Paris, 1898.

à la Maternité de Lariboisière presque mourante à la suite d'hémorragies dues à une insertion vicieuse du placenta. Malgré une injection sous-cutanée de 320 grammes de sérum artificiel, les premières tentatives pour la délivrer furent accompagnées de tels accidents syncopaux que la mort ne paraissait pas douteuse dans un délai prochain.

« Les personnes présentes furent frappées de la pâleur cadavérique de la parturiente. Les lèvres avaient une coloration bleuâtre, le pouls était devenu incomptable, presque imperceptible. On fit immédiatement plusieurs injections sous-cutanées d'éther, en même temps qu'on continuait de réchauffer la femme et qu'on lui faisait respirer de l'oxygène sans interruption. Malgré tous ces soins, son état était désespéré..... La respiration était embarrassée, l'œil devenait vitreux et il n'y avait plus de réflexe cornéen ; la conscience était abolie, la mort semblait imminente.

« C'est alors que nous nous décidâmes à recourir, comme ressource suprême, à une injection intra-veineuse de sérum artificiel. Notre interne, M. le Damany, mit à nu la veine médiane céphalique et l'ouvrit ; puis il injecta dans le bout central de cette veine 2 litres de liquide.

« L'effet produit fut immédiat et surprenant. Avant même que l'injection ne fût terminée, nous assistâmes à une *véritable résurrection*. Le pouls commença à être perceptible, puis très net, régulier, enfin plein et même bondissant. La respiration reprit sa régularité, la face perdit son aspect livide, et devint peu à peu rosée ; les lèvres, de cyanosées qu'elles étaient, recouvrèrent leur teinte rose habituelle. En même temps la malade ouvrit les yeux et prononça quelques paroles, exprimant la sensation de bien-être qu'elle éprouvait. »

Sur ces entrefaites, quelques douleurs survinrent et l'enfant, qui était mort, fut expulsé. Après cette déplétion, l'état général fléchit à nouveau ; la malade parut encore une fois sur le point de succomber. M. le Damany pratiqua alors une seconde injection intra-veineuse de deux litres. Les mêmes phénomènes de résurrection qu'après la première se produisirent. On procéda à la délivrance. Quelques heures plus tard, le pouls faiblissant de nouveau, l'état syncopal reparaissant, une troisième injection de deux litres fut faite dans une veine du bras. Cette fois encore les forces se relevèrent, mais d'une façon persistante ; la malade était définitivement sauvée. Nous avions injecté six litres de sérum dans l'appareil circulatoire en quelques heures. Cette femme quitta l'hôpital trois semaines après son entrée, un peu pâle, mais en parfaite santé.

Cette observation présente un grand intérêt en ce qu'elle démontre d'une part *l'action instantanée* de l'injection intra-veineuse, et d'autre part la nécessité

d'employer le sérum à *doses massives* (1 à 2 litres), et surtout de *renouveler hardiment l'injection* quand l'effet produit ne se maintient pas.

Les indications des injections intra-veineuses résident dans la gravité de l'anémie post-hémorragique. Ce n'est que dans les cas où la femme est dans une situation qui semble désespérée qu'on doit y recourir, alors qu'il y a urgence à réveiller l'action du cœur et à faire circuler les globules qui restent dans les vaisseaux. Dans les cas moins graves, les injections sous-cutanées sont parfaitement suffisantes et donnent d'excellents résultats.

Le mauvais état des reins est seul une contre-indication à ces injections.

Quant au manuel opératoire il est des plus simples.

Comme appareil, nous nous servons du système imaginé par M. le Damany (fig. 7).

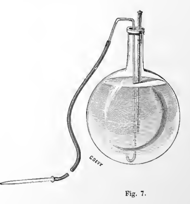


Fig. 7.

Il se compose d'une canule en verre, effilée à la lampe, qu'on peut très bien faire soi-même, et dont l'extrémité, émoussée, peut facilement pénétrer dans la veine ; d'un tube de caoutchouc qui s'adapte par une de ses extrémités à la canule et par l'autre à un tube en verre bicoudé, formant une sorte de C très allongé. Ce tube plonge au fond du ballon dans lequel le sérum a été préparé. Un thermomètre indique la température du liquide, qui doit être de 40° environ.

Pour provoquer l'écoulement du sérum, il suffit de chasser l'air du tube de caoutchouc par une expression faite avec les doigts de haut en bas. Le vide ainsi

produit détermine l'ascension du liquide qui coule par le mécanisme du siphon.

L'opération consiste à découvrir et à isoler une veine, à lui faire une petite ouverture dans laquelle on introduit l'extrémité de la canule bien purgée d'air. Le ballon est tenu élevé et on fait passer un litre en 12 ou 15 minutes.

Faites avec précaution, les injections intra-veineuses n'offrent aucun danger et ne provoquent aucun accident.

Très employées par les chirurgiens, elles l'ont été peu, du moins en France, par les accoucheurs, et nous croyons que seul le Dr Porak y a eu recours avant nous.

Nous avons eu l'occasion de recourir dix fois à ces injections chez des femmes plongées dans une profonde anémie post-hémorragique. Six de ces observations ont été publiées dans l'excellente thèse du Dr Amillet[1]. Toutes ont été rappelées par nous, dans nos leçons sur les hémorragies de la délivrance (voir p. 71). Dans cinq cas, il s'agissait d'hémorragies par placenta prævia, dans quatre, d'hémorragies de la délivrance ; dans un dernier cas, l'hémorragie était liée à un avortement. Sur les dix femmes, six ont guéri d'une façon presque miraculeuse, tant leur état était, avant l'injection, voisin de la mort. Quatre ont succombé ; chez ces dernières, l'injection n'a pu être pratiquée que tout à fait *in extremis ;* deux d'entre elles sont même mortes au cours de l'introduction du sérum et n'en ont reçu que 400 grammes.

Quand on recourt à la voie veineuse, il est avantageux de continuer l'action du sérum par des injections sous-cutanées ; les inhalations prolongées d'oxygène sont aussi un très utile adjuvant.

Nous avons terminé notre travail en rappelant cette phrase de l'accoucheur anglais Horrocks, que nous reproduisons ici :

« On ne doit jamais laisser mourir une femme d'hémorragie sans avoir essayé de la sauver à l'aide d'injections d'une grande quantité de sérum dans les veines. »

39. — TRAITEMENT DES CREVASSES DU MAMELON PAR L'ORTHOFORME

Communication faite avec le Dr Blondel, chef du laboratoire de la Maternité de la Charité, à la *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, le 10 novembre 1898, et *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, 1er décembre 1898.

Dans ce travail, qui porte sur 40 observations recueillies dans notre service de

[1] P. Amillet. *Traitement de l'anémie aiguë consécutive aux hémorragies puerpérales par les injections d'eau salée*, Thèse. Paris, 1897.

la Charité, nous avons établi pour la première fois la valeur de l'orthoforme employé comme topique analgésique et cicatrisant des crevasses du mamelon. L'action analgésique est aussi complète que celle de la cocaïne, mais avec une durée beaucoup plus longue (cinq à six heures) et une innocuité absolue pour la nourrice et pour l'enfant. L'orthoforme, en effet, n'est pas toxique et, à part un léger érythème observé dans 3 cas, nous n'avons eu à lui imputer aucun accident : la sécrétion lactée n'a été influencée en rien et l'enfant n'a présenté aucun trouble, alors que la cocaïne, dangereuse pour le nourrisson, est considérée comme pouvant entraver le travail sécréteur de la glande.

Nous avons expérimenté successivement : 1° la poudre, employée sous pansement humide (ces observations ont été publiées dans la thèse du Dr Teisseire[1], externe du service).

2° La poudre appliquée à sec.

3° La solution alcoolique saturée d'orthoforme, employée à la dose de quelques gouttes.

C'est ce dernier mode d'emploi qui nous a donné les meilleurs résultats. Le mieux est d'appliquer la solution aussitôt après la tétée : l'action analgésique qui demande en moyenne un quart-d'heure pour se produire et qui dure de cinq à six heures sur le sein laissé au repos, sert ainsi pour la tétée suivante : la très légère cuisson que produit l'application de cette solution, les deux ou trois premières fois, est de courte durée et les malades réclament elles-mêmes l'orthoforme quand on oublie de leur en donner.

D'autre part, grâce à l'action légèrement antiseptique de l'orthoforme, nous n'avons observé ni lymphangite, ni abcès des seins ainsi traités. Enfin la cicatrisation des crevasses paraît avoir été singulièrement hâtée par l'emploi du topique, car la durée de cette cicatrisation qui est évaluée en général à une dizaine de jours a été réduite, dans nos observations, à une moyenne de quatre jours.

[1] Teisseire. *Traitement des gerçures et crevasses du sein par l'orthoforme*, Thèse, Paris, 1898.

G. — NOUVEAU-NÉ. PHYSIOLOGIE, PATHOLOGIE

40. — DE LA CIRCULATION FOETO-PLACENTAIRE APRÈS LA DÉLIVRANCE IMMÉDIATE

L'Obstétrique, 15 mars 1896.

Nous avons recueilli 8 cas de délivrance immédiate, c'est-à-dire d'expulsion du délivre aussitôt après la naissance de l'enfant, avant qu'on ait fait la ligature du cordon ombilical. Les constatations faites dans ces conditions spéciales ont une grande importance, car elles permettent de juger définitivement la question encore discutée du mécanisme de la circulation fœto-placentaire.

Dans ces 8 cas, les enfants ont crié dès leur naissance et bien respiré.

La délivrance a eu lieu immédiatement après la sortie du fœtus dans 4 cas; de une à cinq minutes après, dans les autres.

Le cordon a continué de battre *dans toute sa longueur* pendant un temps qui a varié entre une et trois minutes.

Dans 6 cas, on a attendu la cessation des battements du cordon pour faire la ligature.

Dans tous les cas, on a constaté que la quantité de sang qui s'écoulait par le bout placentaire était minime; quand on a pu recueillir ce sang et le peser, on en a trouvé une quantité variant de 10 à 25 grammes.

Ces expériences cliniques et leur interprétation nous ont conduit à terminer notre mémoire par les conclusions suivantes :

1° Lorsque le placenta est soustrait à l'action utérine et qu'il est encore relié au fœtus par le cordon, la circulation fœto-placentaire peut persister un certain temps; le sang contenu dans les vaisseaux placentaires continue à passer dans l'organisme de l'enfant.

2° Contrairement à ce qu'ont admis Schücking, Porak, P. Caviglia, la pression utérine n'est pour rien ni dans les modifications de la circulation fœto-placentaire, ni dans le passage du sang du placenta au fœtus. Les causes principales de ces

modifications et de ce passage résident dans l'établissement de la respiration et de l'aspiration thoracique. Nos recherches confirment pleinement à cet égard les arguments déjà fournis par Budin et Ribemont-Dessaignes.

3° Lorsqu'on se trouve en présence d'un fait de délivrance immédiate, le cordon battant encore, on devra attendre tout comme si le placenta était dans l'utérus, et faire une ligature tardive, de façon à ce que l'enfant bénéficie du sang contenu dans le placenta.

41. — INFECTION D'ORIGINE GASTRO-INTESTINALE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 9 juin 1892, avec M. Chaillou, interne des hôpitaux.

Contribution à l'histoire encore obscure des infections chez le nouveau-né. Une mère nourrissant son enfant, est prise au huitième jour d'une légère lymphangite du sein avec un peu d'engorgement de trois ou quatre lobules glandulaires. L'enfant ne cesse pas de prendre le sein. Mais il maigrit et bientôt tète difficilement, crie, s'agite, dort mal. Les garde-robes deviennent vertes. Puis apparaissent des convulsions qui, d'abord limitées au côté gauche, se généralisent; la température s'élève à 39°,5. Malgré les soins qui lui sont prodigués et en particulier le gavage et la mise en couveuse, cet enfant succombe au quinzième jour.

L'autopsie a montré un engorgement des ganglions mésentériques, avec pyléphlébite suppurée. Il existait des abcès métastatiques dans les centres nerveux.

Le mécanisme de cette singulière infection ne peut s'expliquer que par la pénétration dans le sang, par la voie gastro-intestinale, de microbes contenus dans le lait maternel ingéré par le nourrisson et provenant des lymphatiques enflammés du sein malade.

Ce fait justifie la pratique qui consiste à suspendre l'allaitement chez toute femme atteinte d'une affection microbienne du sein, si légère qu'elle soit en apparence, jusqu'à guérison complète.

42. — GALACTOPHORITE CHEZ LA MÈRE ET LE NOUVEAU-NÉ

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 8 mars 1894 ; communication faite par M. Macé, interne des hôpitaux.

M. Macé a communiqué à la Société obstétricale une observation de galactophorite chez un nouveau-né dont la mère était atteinte, elle aussi, de galactophorite, observation recueillie dans notre service d'accouchements à la Pitié.

C'est un fait bien connu que les enfants peuvent présenter dans les premiers jours de la naissance une fluxion mammaire avec sécrétion lactée. Dans ces conditions, on observe parfois l'inflammation de la glande et un abcès consécutif. La galactophorite simple est beaucoup plus rare. En dehors de notre cas, nous ne connaissons que celui qui a été signalé par le D[r] Arbel dans sa Thèse, en 1890. Dans ce dernier, du reste, l'inflammation ne resta pas limitée aux canaux galactophores ; il y eut une galactophoro-mastite qui se termina par un abcès qu'on dut inciser. Or la galactophorite simple du nouveau-né est importante à connaître et à diagnostiquer puisqu'elle peut guérir, comme dans notre cas, par l'expression du sein, préconisée par le Professeur Budin chez les femmes atteintes de cette affection.

Au point de vue pathogénique, il est très vraisemblable que, dans notre observation, l'affection du sein de l'enfant a été causée par la maladie du sein maternel, à la suite d'un contact quelconque. Cette étiologie est à retenir ; elle montre qu'on ne doit pas négliger de protéger les seins des nouveau-nés contre tout contact infectieux par des soins antiseptiques, lorsque ces seins sont le siège d'engorgements laiteux.

43. — TÉRATOME DE LA COLONNE LOMBAIRE PÉNÉTRANT DANS LE CANAL RACHIDIEN CHEZ UN NOUVEAU-NÉ

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 11 juillet 1895. Communication faite par M. Schwab, interne des hôpitaux.

M. Schwab a présenté à la Société obstétricale un curieux cas de tératome chez un nouveau-né, recueilli dans notre service à l'hôpital Lariboisière.

Cette tumeur siégeait au niveau de la colonne lombaire et avait le volume d'une mandarine. Rouge, lisse, humide, elle se continuait par une large base avec la peau et son pourtour était limité par un sillon très net. Le diagnostic resta hésitant entre un spina bifida et une tumeur.

Nous fîmes opérer l'enfant par M. le Dr Périer. La tumeur enlevée, on constata qu'un pédicule la rattachait à l'intérieur du canal rachidien.

L'enfant ayant succombé, la dissection de la région lombaire montra que la paroi postérieure de la colonne lombaire était fermée par une membrane fibreuse; un trou gros comme un pois laissait passer le pédicule de la tumeur qui était implanté sur la dure-mère.

L'examen histologique, fait par M. Schwab et contrôlé par le Dr Gombault, a décelé dans la tumeur l'existence des tissus les plus divers : paroi intestinale complète, tissu fibro-muqueux embryonnaire, ganglions lymphatiques, tissus nerveux, cartilagineux et osseux.

Il s'agissait donc d'un tératome implanté dans le canal rachidien lombaire, et dont le développement avait empêché l'occlusion complète de ce canal, produisant ainsi un spina bifida secondaire.

Nous avons insisté sur la rareté de ces tumeurs congénitales à la région lombaire et sur la difficulté de leur diagnostic avec le spina-bifida accompagné d'hydro-rachis. Cette tumeur était parfaitement opérable, mais le petit malade n'a pu résister au choc opératoire et à la perte de sang. Peut-être dans ces cas serait-il préférable d'attendre que les enfants fussent plus âgés pour intervenir.

H — TÉRATOLOGIE

44. — FŒTUS HYDROCÉPHALE AVEC MALFORMATIONS DES MEMBRES INFÉRIEURS

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 13 février 1890.

(Voir Dystocie fœtale, p. 46.)

45. — FŒTUS ACHONDROPLASIQUE

Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, 13 juillet 1898.

Nous avons présenté à la Société d'obstétrique la photographie, le moulage et le squelette d'un fœtus achondroplasique né à la Maternité de Lariboisière.

L'accouchement avait présenté d'assez grandes difficultés causées par le volume de la tête, qui était hydrocéphale. Après plusieurs applications de forceps infructueuses, l'enfant ayant succombé, on se préparait à faire la basiotripsie quand, sous l'influence de violentes douleurs d'expulsion, la tête finit par s'engager et l'accouchement se termina spontanément.

L'enfant, du sexe masculin, pesait 2640 grammes et présentait l'aspect caractéristique des achondroplasiques : disproportion entre le tronc et les membres qui sont courts, volumineux et incurvés, bouffissure des téguments, etc. La tête, sans être très volumineuse, était manifestement hydrocéphale, comme cela est fréquent en pareil cas (fig. 8).

Le placenta, mince et comme membraneux par places, était couvert d'incrustations calcaires sur sa face utérine. Ce dépôt anormal de sels calcaires n'est pas très rare ; mais ici, en raison de sa coïncidence avec les altérations du squelette fœtal, il y a lieu de se demander s'il n'est pas en relation directe avec la dystrophie osseuse de l'achondroplasie.

C'est là un point qui mérite de nouvelles recherches.

Nous avons pu obtenir sur les antécédents des parents quelques renseignements intéressants



Fig. 8

au point de vue de la pathogénie de la dystrophie fœtale. La mère, âgée de vingt-cinq ans, a toujours été bien portante, quoique nerveuse. Mais le père, âgé de trente-trois ans, est chétif,

atteint de bronchite chronique. Il a passé dix ans aux colonies, où il a contracté des fièvres intermittentes. Assez fort buveur, il n'a jamais eu la syphilis. Enfin il a le facies d'un rachitique : bosses frontales saillantes, prognathisme, dents irrégulièrement implantées.

46. — MONSTRE SYMÉLIEN

Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 11 mars 1897, avec M. Coville, interne des hôpitaux.

Nous avons eu deux fois l'occasion d'assister à l'accouchement de monstres symèles.

Le premier de ces accouchements remonte à 1886, et nous l'avons relaté dans nos leçons cliniques sur l'insertion vicieuse du placenta (1893). Ayant à faire la version, nous fûmes très surpris de ne pas rencontrer les pieds, mais un moignon informe que nous eûmes beaucoup de peine à amener à la vulve. Nous avions eu affaire à un monstre symèle de la variété uromèle, c'est-à-dire dont les membres inférieurs étaient fusionnés en une masse unique se terminant par un rudiment de pied.

Le second accouchement qui a donné lieu à cette communication s'est passé à la Maternité de Lariboisière. Aucun antécédent héréditaire ou morbide à noter du côté des parents, tous deux robustes et bien constitués. L'enfant se présenta par le siège, et une procidence du cordon obligea la sage-femme à faire l'extraction. Après avoir saisi l'un des pieds, elle se sentit, en remontant le long de la jambe, arrêtée par un obstacle anormal. Elle put néanmoins attirer les deux membres inférieurs hors de la vulve ; elle s'aperçut alors de leur réunion. L'enfant était mort-né : c'était un symèle chez lequel la soudure était beaucoup moins prononcée que chez le précédent. De la symphyse du pubis jusqu'à mi-hauteur des jambes, les membres inférieurs étaient réunis par un pont musculo-membraneux ; les pieds étaient normaux.

L'autopsie et la dissection de ce monstre ont été faites avec soin par notre interne, M. Coville. Il y avait absence d'organes génitaux externes et de vessie. Les organes génitaux internes étaient représentés par deux ovaires, deux trompes et un rudiment d'utérus. Du côté du bassin, les deux ischions étaient fusionnés sur la ligne médiane.

Ce sont là d'ailleurs les malformations signalées le plus communément dans la symélie.

47. — I. FŒTUS ATTEINT D'ÉVENTRATION. — II. MONSTRE CŒLOSOMIEN ; PLACENTA AVEC BRIDES AMNIOTIQUES

Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, 9 février et 9 mars 1898.

Les deux fœtus qui ont fait l'objet de cette communication et dont nous avons présenté des moulages et des photographies, étaient atteints d'une même difformité, mais à des degrés très différents.

Tous deux avaient une éventration. Mais tandis que chez l'un cette éventration était limitée à la région ombilicale, chez l'autre elle s'étendait à toute la moitié latérale droite du tronc.

I. Le premier était en réalité atteint d'une vaste hernie ombilicale irréductible et a vécu trente-quatre heures. La mère ne présentait aucune trace de spécificité et nous n'avons pu avoir de renseignements sur le père.

II. Le second, plus particulièrement intéressant, est mort dès sa naissance. L'accouchement a nécessité une version. Il y avait 1200 gr. de liquide amniotique. Au moment où on essayait de dégager la tête dernière qui semblait volumineuse, un flot de liquide s'est écoulé, provenant de la cavité cranienne rompue.

Le fœtus extrait était un monstre cœlosomien du genre pleurosome (fig. 9). La paroi thoraco-abdominale manquait à droite sur un large espace, à travers lequel les viscères s'étalaient au dehors. Le membre supérieur droit semblait absent ; mais on en retrouvait le vestige sous forme d'un petit moignon appendu à la première pièce du sternum.

Ce fœtus était de plus hydrocéphale et porteur d'autres malformations (arrêt de développement des globes oculaires, des fosses nasales, début d'amputation congénitale de deux orteils, etc...).

De la face fœtale du placenta partaient des brides amniotiques, dont l'une allait s'insérer sur le cuir chevelu. Le cordon ombilical, très court (8 cm.), présentait, près de son extrémité fœtale, un appendice de 10 cm. de long qui n'était autre qu'un énorme diverticule, dans lequel s'enroulaient les vaisseaux d'une façon tellement intime qu'il était impossible de les dissocier.

Il est probable que chez ce monstre complexe, indépendamment de l'arrêt de développement de la paroi antéro-latérale du tronc qui constitue la caractéristique des cœlosomiens, les brides amniotiques ont joué un rôle important dans la production des autres malformations.

Quant à l'influence qui a présidé à la monstruosité, nous pensons, sans pouvoir le formuler nettement, qu'elle peut être attribuée soit aux antécédents



Fig. 9.

héréditaires que nous avons relevés chez la mère (aliénation mentale et épilepsie), soit à la syphilis, dont elle paraît avoir été atteinte pendant sa grossesse.

48. — MALFORMATIONS MULTIPLES CHEZ UN FŒTUS A TERME, MORT-NÉ

Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, 15 juin 1899, avec le Dr Blondel, chef de laboratoire de la Maternité de la Charité.

Il s'agit d'un fœtus mort-né à terme, extrait avec le forceps et porteur de nombreuses malformations dont voici simplement la curieuse énumération :

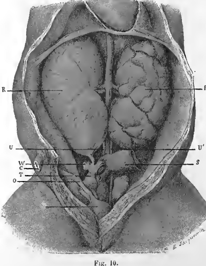


Fig. 10.

méningocèle, double spina bifida dans les régions cervicale et sacrée, hexadactylie aux quatre membres, double pied bot varus équin, main bote, reins multilobulés énormes (fig. 10), atrophies diverses de l'appareil génital.

Aucun antécédent spécifique chez la mère, primipare. Père bien portant.

L'autopsie et la dissection de ce fœtus ont été faites dans notre laboratoire ; les moulages des diverses parties malformées sont conservés au musée du service d'accouchements de la Charité.

49. — PRÉSENTATION D'UN ENFANT ATTEINT DE MALFORMATIONS DU CRANE (PROENCÉPHALIE) ET DES EXTRÉMITÉS (SYNDACTYLIE) PAR HÉRÉDO-SYPHILIS

Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, 9 février 1898.

L'influence dystrophique de l'hérédo-syphilis invoquée par M. le professeur Four-



Fig. 11.

nier pour expliquer un grand nombre de malformations et de monstruosités

fœtales n'est pas douteuse, mais elle n'est pas toujours facile à démontrer. Notre publication a trait à un cas où la monstruosité est très nettement imputable à la syphilis.

La mère de l'enfant que nous avons présenté à la Société d'obstétrique, a eu d'un premier mari quatre enfants sains et bien portants. Remariée à un homme



Fig. 12.

syphilitique ancien et incomplètement traité, elle a eu successivement : un accouchement prématuré avec enfant mort au bout de trois jours, une fausse couche de six semaines et un accouchement à terme; cet enfant vit, mais il a la tête volumineuse et les bosses pariétales très saillantes. Elle est devenue enceinte une huitième fois. Son ventre a pris un accroissement énorme à la fin de la grossesse, et, un peu avant le travail, elle a perdu les eaux en quantité considérable : plusieurs litres. L'accouchement a dû être terminé par une application de forceps pour

inertie utérine. L'enfant qu'elle a mis au monde est une fille de 3950 gr. Elle présente des malformations du crâne et des quatre membres.

Celles du crâne consistent essentiellement en une déformation de la région frontale qui fait en avant une saillie allongée de haut en bas (proencéphalie) et en un aplatissement marqué des régions temporo-pariétales. Du côté des membres, il y a syndactylie des quatre extrémités. Aux mains, les troisièmes phalanges des quatre derniers doigts sont réunies en une masse unique et le pouce est libre ; les mains ont ainsi l'apparence d'une pince de homard. Nous reproduisons ici la photographie du nouveau-né et la radiographie d'une de ses mains (fig. 11 et 12).

En sortant de la Maternité de Lariboisière cet enfant était en bon état et avait augmenté de poids. Il fut admis dans le service de M. le professeur Fournier, où la singulière conformation de son crâne, semblable à un casque, l'avait fait surnommer « le Pompier » et où il finit par succomber. Son observation a été reproduite dans la remarquable thèse du Dr E. Fournier sur *Les stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis*. Paris, 1898.

CHAPITRE III

LEÇONS CLINIQUES

1. — LEÇONS DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Recueillies par le Dr Demelin, revues par l'auteur, 1 vol. in-8° de 208 pages, O. Doin, Paris 1893.

Ces leçons ont été faites pendant les vacances de 1891, à la Clinique d'accouchements de la rue d'Assas, où nous remplacions notre maître, le Professeur Tarnier.

Nous avons ajouté à quelques-unes des notes complémentaires, et nous les avons fait suivre toutes d'un index bibliographique.

En voici les titres :

PREMIÈRE LEÇON. — DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES BASSINS RACHITIQUES MOYENNEMENT VICIÉS.

DEUXIÈME, TROISIÈME ET QUATRIÈME LEÇONS. — DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES BASSINS RACHITIQUES MOYENNEMENT VICIÉS.

CINQUIÈME LEÇON. — DE LA RIGIDITÉ DU COL PENDANT LE TRAVAIL ET PARTICULIÈREMENT DE LA RIGIDITÉ SYPHILITIQUE.

SIXIÈME, SEPTIÈME ET HUITIÈME LEÇONS. — DE LA DYSTOCIE DUE AUX FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS.

NEUVIÈME ET DIXIÈME LEÇONS. — DE LA MORT SUBITE CHEZ LES FEMMES ATTEINTES D'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA ET DES MOYENS DE LA PRÉVENIR.

Onzième leçon. — Végétations de la grossesse et syphilis.

Douzième leçon. — De la présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses.

2. — DE L'ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE

Leçon faite à la Clinique Tarnier le 13 août 1898, recueillie par le Dr Dubrisay (*l'Obstétrique*, 15 septembre 1898).

3. — DES LÉSIONS DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE (DÉCHIRURES ET FISTULES) PENDANT L'ACCOUCHEMENT ET LES SUITES DE COUCHES

Leçon faite à la Clinique Tarnier le 2 septembre 1898, recueillie par le Dr Dubrisay (*l'Obstétrique*, 15 janvier 1899).

4. — DES HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE

Leçons faites à la Clinique Tarnier, les 24 septembre et 1er octobre 1898, recueillies par le Dr Dubrisay (*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*).

5. — DE LA MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ

Leçon faite à la Clinique Tarnier, le 8 octobre 1898, recueillie par le Dr Dubrisay (*le Progrès médical*, 15 juillet 1899).

6. — DIAGNOSTIC DU TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT

Leçon faite à la Charité le 1er décembre 1898, recueillie par le Dr Schwab (*la Presse Médicale*, 2 août 1899).

CHAPITRE IV

OBSTÉTRIQUE ET MÉDECINE LÉGALE

1. — RUPTURE SPONTANÉE DU CORDON OMBILICAL

Le Progrès médical, 26 mai 1888.

Les ruptures spontanées du cordon ombilical sont rares, mais indéniables, comme le prouvent les faits signalés par Spæth, Dupuis, Budin, Brouardel, Perret (de Rennes), Bontemps (de Saumur), Koch.

Nous en avons recueilli deux cas. Dans l'un, il s'agissait d'une femme qui se rendait à pied à l'hôpital de la Pitié pour y accoucher : elle fut prise en route d'une syncope et, étendue sur le sol, elle accoucha d'un enfant dont le cordon se rompit spontanément à son insertion placentaire.

Dans l'autre, l'accouchement se fit en ville. L'enfant naquit spontanément, la mère étant couchée sur son lit, et le cordon se cassa à 10 centimètres de l'insertion placentaire.

Il est inutile d'insister sur la valeur médico-légale de pareils faits.

2. — AFFAIRE BOISLEUX ET LA JARRIGE

Rapports médico-légaux, par MM. Brouardel, Thoinot et Maygrier.
Annales d'hygiène publique et de médecine légale, octobre 1897.

3. — RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Relation médico-légale du procès du Dr W..., par MM. Brouardel, Maygrier, et Thoinot.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale, janvier 1898.

4. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA VESSIE DANS UN ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Communication faite à la Société de médecine légale de France, par MM. Maygrier et Socquet, le 14 mars 1898. (Présentation des pièces anatomiques, de photographie et de dessin.)

(*Bulletin de la Société de médecine légale de France*, séance du 14 mars 1898, p. 191, et *Bulletin médical*, 16 mars 1898.)

5. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA VESSIE PENDANT UN ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL (PRÉSENTATION DES PIÈCES ANATOMIQUES)

Annales de la Société obstétricale de France, 1898, p. 133.

6. — OBSTÉTRIQUE ET MÉDECINE LÉGALE (AFFAIRE LAPORTE)

L'Obstétrique, 15 mars 1898.

7. — L'AFFAIRE LAPORTE EN PREMIÈRE INSTANCE, EN APPEL, DEVANT LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Par MM. Maygrier et Socquet, in-8° de 119 pages, J.-B. Baillère, Paris, 1898.

Les quatre dernières publications indiquées se rapportent à une affaire de responsabilité médico-légale qui est encore dans toutes les mémoires

L'utérus et la vessie que nous avons présentés devant deux Sociétés savantes



Fig. 13. — Utérus et vessie.

La vessie est ouverte par sa paroi antéro-latérale gauche pour montrer les perforations.

U, orifice vésical de l'uretère gauche. — *x*, perforation sur la paroi postérieure de la vessie, communiquant avec le col de l'utérus. — *y*, perforation sur la paroi latérale droite de la vessie.

étaient le siège de lésions traumatiques dues à un accident opératoire survenu

au cours d'une craniotomie pratiquée dans des conditions particulièrement défavorables. Ces organes, soumis à l'examen d'un grand nombre de médecins, offraient un rare et intéressant spécimen des blessures qui peuvent atteindre la vessie pendant une opération obstétricale.

Les lésions consistaient en deux plaies de la vessie, verticales, à bords rectilignes et infiltrés de sang, situées en regard l'une de l'autre. L'une occupait la face postérieure de la vessie et intéressait en même temps la lèvre antérieure du col de l'utérus dans toute son épaisseur; l'autre siégeait sur la partie latérale droite de la vessie. Il s'agissait donc d'une double perforation vésicale, déterminée par un instrument qui avait pénétré dans la lèvre antérieure du col utérin d'abord, puis dans la vessie qu'il avait traversée de part en part (fig. 13).

A l'hypothèse émise sans examen que de pareilles lésions pouvaient être d'origine spontanée ou produites par le bassin lui-même nous avons répondu : 1° que les caractères anatomiques des lésions et surtout le siège de la seconde perforation qui n'avait aucun rapport avec l'utérus suffisaient pour exclure toute idée de ruptures utéro-vésicales spontanées.

2° Que ces lésions ne pouvaient avoir été produites par des « aiguilles osseuses » du bassin, par le fait que le bassin ne présentait pas d'arêtes tranchantes, et surtout qu'aucune des perforations n'était en rapport avec la paroi osseuse du bassin.

Or, étant admis que les lésions étaient manifestement traumatiques, en résultait-il que chaque fois qu'un accident opératoire survient à un médecin dans une intervention, il doit être considéré comme coupable et condamné ? Telle était la question essentielle au point de vue, si grave pour tout médecin, de sa responsabilité.

Le tribunal de la Cour d'appel, s'appuyant uniquement sur nos conclusions, a répondu par la négative et par un acquittement.

CHAPITRE V

SERVICES D'ACCOUCHEMENTS. — REVUES CRITIQUES NOTICES BIOGRAPHIQUES

1. — LE SERVICE D'ACCOUCHEMENTS DE LA PITIÉ, DEPUIS 1866

Annales de la Société obstétricale de France, 1893, p. 215.

2. — STATISTIQUE DU SERVICE D'ACCOUCHEMENTS DE LA PITIÉ, POUR LES ANNÉES 1893 ET 1894

Annales de la Société obstétricale de France, 1895, p. 75.

Quand, en 1886, la création d'un service spécial d'accouchements à la Pitié, fut décidée, nous avons pris possession de ce service. Il n'existait alors d'affectée aux accouchements dans cet hôpital qu'une longue salle annexée à un service de médecine, salle où se trouvaient réunies les parturientes et les accouchées et deux petites chambres d'isolement. Il nous fallut donc, avec l'aide de l'Administration, transformer complètement et surtout agrandir ce qu'on avait appelé, jusqu'alors, un service d'accouchements. Malgré tous nos efforts, il est resté fatalement défectueux et par sa situation et par son aménagement.

Nous avons décrit le service tel que nous l'avons constitué, son organisation, son fonctionnement.

Nous avons également publié la statistique de cette Maternité d'abord de 1886 à 1892, puis de 1892 à 1894, c'est-à-dire, pour les neuf années pendant lesquelles nous en avons eu la direction.

Nous nous bornerons à rappeler ici les chiffres qui ont trait à l'infection puerpérale.

Sur 3228 accouchements, il y a eu 16 morts par septicémie, c'est-à-dire 0,49 p. 100. Mais sur les 16 femmes infectées, 12 l'étaient avant leur entrée à l'hôpital; 4 seulement ont contracté leur infection dans le service. La mortalité par septicémie déclarée dans le service a donc été seulement de 0,12 p. 100.

Ces résultats prouvent ce que peut l'application rigoureuse de la méthode antiseptique dans des bâtiments insuffisants et mal aménagés. Ils confirment les idées émises à cet égard par notre maître, le Dr J.-L. Championnière dans son intéressante communication à la Société d'hygiène en 1888. Il n'en est pas moins vrai que le service d'accouchements de la Pitié tel qu'il existe est une exception parmi les Maternités modernes et qu'il est appelé à disparaître.

3. — DE L'HOSPITALISATION DES FEMMES EN COUCHES INFECTÉES

Statistique comparée du service d'isolement et des services généraux de l'hôpital Lariboisière (*Annales de la Société obstétricale de France*, 24 avril 1897, et *l'Obstétrique*, 15 mai 1897).

Il existe dans l'organisation hospitalière actuelle de graves défectuosités en ce qui concerne l'admission des femmes atteintes d'infection puerpérale.

Toutes les Maternités sont aujourd'hui pourvues de services d'isolement; mais ces services ne sont destinés qu'aux femmes infectées ou suspectes accouchées dans ces Maternités. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on y reçoit, quand il y a des lits vacants, des femmes accouchées au dehors et malades.

Le plus souvent ces dernières, amenées à l'hôpital parce qu'elles ne peuvent avoir chez elles les soins que nécessite leur état, sont admises dans les services généraux de médecine ou de chirurgie de cet hôpital. C'est là un système déplorable.

Nous avons soulevé cette importante question de l'hospitalisation des femmes en couches infectées à la Société obstétricale de France, devant laquelle nous avons apporté les documents recueillis par nous sur ce sujet à l'hôpital Lariboisière.

Nous avons en effet relevé tous les cas d'infection puerpérale soignés dans cet hôpital de mars 1896 à avril 1897, et comparé entre eux les résultats obtenus

d'une part dans le service d'isolement annexé à la Maternité et d'autre part dans les services généraux.

Le fonctionnement du service d'isolement, qui comprend six lits répartis dans quatre chambres, est le suivant. On y reçoit : 1° les femmes en travail qui se présentent à l'hôpital atteintes de fièvre et manifestement infectées; 2° les femmes accouchées à la Maternité, dont la température a été d'au moins 38° pendant plus d'un jour et les enfants atteints d'ophtalmie ou d'affections contagieuses; 3° par exception, des femmes accouchées en ville et amenées infectées à l'hôpital.

Pendant la période que nous avons indiquée, il y est entré 112 femmes. Au point de vue de l'infection puerpérale il faut en éliminer 26 qui étaient bien portantes mais dont les enfants étaient atteints d'ophtalmie purulente (23), de muguet (2) et d'érysipèle (1). Il est à peine nécessaire de faire remarquer ici les inconvénients qu'il y a à réunir dans un même local des femmes malades dont les enfants sont sains et des nouveau-nés infectés dont les mères sont saines. On crée ainsi un double danger de contagion, et la seule mesure à prendre pour l'éviter serait de placer les enfants atteints d'ophtalmie dans un service spécial organisé pour les recevoir : cette mesure est d'ailleurs décidée *en principe* par l'administration de l'Assistance publique.

Il n'est donc entré au service d'isolement que 86 femmes malades.

Parmi ces 86 personnes, il y a lieu de distinguer deux catégories :

28 venaient de la Maternité; 4 sont mortes, 2 d'éclampsie, 1 d'intoxication mercurielle, 1 de septicémie. Ce chiffre correspond à 1 259 accouchements et avortements effectués dans le même laps de temps.

58 venaient du dehors ; 10 sont mortes de la septicémie.

La mortalité est donc bien plus élevée pour les femmes venues du dehors. Cela provient de ce qu'elles reçoivent des soins en général tardifs, tandis que celles qui tombent malades à la Maternité sont traitées immédiatement. Conclusion : les femmes infectées doivent être soignées rapidement.

Quoi qu'il en soit, sur les 86 femmes reçues au service d'isolement, il y a eu 11 morts par septicémie, c'est-à-dire une mortalité de 12,79 p. 100.

Or, dans les services généraux de l'hôpital Lariboisière, à la même époque, 40 femmes ont été admises, infectées à la suite d'accouchements ou d'avortements faits au dehors. Il en est mort 11 : mortalité, 27,5 p. 100.

En résumé, la mortalité des femmes atteintes d'infection puerpérale reçues et soignées dans notre service d'isolement a été de **12,79 p. 100.**

La mortalité des femmes atteintes d'infection puerpérale reçues et soignées dans les services généraux a été de **27,5 p. 100.**

De la comparaison de ces chiffres il ressort que l'admission des femmes en couches infectées dans les services de médecine ou de chirurgie, c'est-à-dire dans un milieu défavorable, où elles sont privées de l'assistance spéciale qui leur est nécessaire, et où leur présence constitue en outre un danger, les expose à une mortalité qui est beaucoup plus grande que celle qu'on observe dans un service d'isolement, spécialement organisé pour les recevoir.

Il y a donc nécessité à créer un ou plusieurs services spéciaux, destinés aux femmes en couches du dehors qui présentent de l'infection puerpérale.

La discussion qui a suivi notre communication et à laquelle ont pris part les Drs Sébillotte, Budin, Tarnier, Loviot, Charpentier, s'est étendue aux femmes enceintes atteintes d'affections contagieuses et aux femmes qui sont accouchées par les sages-femmes du Bureau de bienfaisance.

M. Budin a formulé au nom de la Société les vœux suivants :

1° Que des services spéciaux soient créés à Paris pour recevoir les femmes en couches et les nouveau-nés infectés, ainsi que les femmes enceintes suppurantes ;

2° Que le service des sages-femmes du Bureau de bienfaisance soit soumis à une inspection.

Il a été prié par le Président d'appuyer ces vœux, comme membre du Conseil de surveillance auprès de qui de droit.

REVUES D'OBSTÉTRIQUE ET ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Nous ne citerons que les suivantes :

4. — De la dilatation præfœtale de la vulve comme moyen de prévenir les déchirures du périnée, par L. Dumas (1883).

Le Progrès médical, 1er mars 1884.

5. — De la couveuse pour enfants, par le Dr Auvard (1883).

Le Progrès médical, 1er mars 1884.

6. — On puerperal diabetes, par Mathews Duncan (1883).
Le Progrès médical, 1er mars 1884.

7. — De la pince à os et du cranioclaste. Thèse du Dr Auvard (1884).
Le Progrès médical, 4 avril 1885.

8. — De la forme de l'excavation pelvienne considérée au point de vue obstétrical. Thèse du Dr Boissard (1884).
Le Progrès médical, 4 avril 1885.

9. — Obstétrique et gynécologie, recherches cliniques et expérimentales, par le Dr P. Budin (1885).
Le Progrès médical, 14 novembre 1885.

10. — Recherches anatomiques et anatomo-pathologiques sur le broiement de la tête fœtale. Thèse du Dr Bonnaire (1885).
Le Progrès médical, 13 mars 1886.

11. — Pathologie et traitement des affections puerpérales, par Fritsch (1886).
Le Progrès médical, 13 mars 1886.

12. — Traité de l'art des accouchements, t. II (Pathologie de la grossesse), par S. Tarnier et P. Budin (1886).
Le Progrès médical, 11 décembre 1886.

13. — Manuel de gynécologie, par Berry Hart et Barbour (trad. Crouzat, 1886).
Le Progrès médical, 5 juin 1886.

14. — De la castration de la femme en chirurgie. Thèse du Dr L. Tissier (1885).
Le Progrès médical, 20 février 1886.

15. — Couveuse et gavage à la Maternité. Thèse du Dr Berthod (1887).
Le Progrès médical, 26 novembre 1887.

16. — Le développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié, par le Dr La Torre (1887).
Le Progrès médical, 26 novembre 1887.

17. — Contribution à l'étude de la laparo-élytrotomie. Thèse du Dr Clarke (1887).
Le Progrès médical, 26 novembre 1887.

18. — La pratique obstétricale, manœuvres et opérations à l'amphithéâtre, par le Dr Crouzat (1887).

Le Progrès médical, 12 novembre 1887.

19. — La pratique des maladies des femmes, par Emmet (trad. Olivier, 1887).

Le Progrès médical, 12 novembre 1887.

20. — Cours d'accouchements donné à la Maternité de Liège, par N. Charles (1887).

Le Progrès médical, 15 septembre 1888.

21. — Leçons de clinique obstétricale, par le Dr P. Budin (1889).

Le Progrès médical, 2 novembre 1889,

22. — Articles « Obstétrique » et « Gynécologie » dans l'*Année médicale* (Résumé annuel des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du Dr Bourneville), de 1883 à 1892, annéo où ce recueil a cessé de paraître.

23. — Analyses des travaux d'obstétrique et de gynécologie allemands, anglais, américains et italiens dans la *Revue des sciences médicales de Hayem* de 1884 à 1898, année où cette revue a cessé de paraître.

24. — Préface du *Manuel complet des sages-femmes* du Dr C. Fournier, professeur à l'École d'Amiens, 4 vol. in-18, J.-B. Baillère, Paris, 1895.

25. — Les sages-femmes et l'antisepsie.

La Médecine moderne, 6 février 1890.

26. — Le Professeur Tarnier.

Le Progrès médical, 4 décembre 1897.

27. — Le Dr Charpentier.

Le Progrès médical, 10 juin 1899.

CHAPITRE VI

PUBLICATIONS DIVERSES

1. — Pneumonie caséeuse pseudo-lobaire du poumon gauche.
Bulletins de la Société anatomique de Paris, 27 mars 1877.

2. — Ulcère de l'estomac suivi de perforation dans le foie avec adhérences de ce viscère à la paroi abdominale.
Bulletins de la Société anatomique, 13 avril 1877.

3. — Pneumonie caséeuse pseudo-lobaire du poumon droit. Diphtérie intercurrente.
Bulletins de la Société anatomique, 4 mai 1877.

4. — Pneumonie caséeuse du poumon droit.
Bulletins de la Société anatomique, 18 mai 1877.

5. — Anthracose pulmonaire ; brancho-pneumonie chronique chez un fondeur en cuivre.
Bulletins de la Société anatomique, 16 novembre 1877.

6. — Lésion de l'écorce cérébrale avec extension au centre ovale ; accidents épileptiformes ; hémiplégie.
Bulletins de la Société anatomique, 30 novembre 1877.

7. — Kyste hydatique de la rate (pièce déposée au Musée Dupuytren).
Bulletins de la Société anatomique, 1878.

8. — **Hémorragie intra-péritonéale chez une femme enceinte de huit mois et demi ; mort subite ; opération césarienne *post mortem*, enfant vivant.**

Bulletins de la Société anatomique, 5 juillet 1878, et *Progrès médical*, 1879.

9. — **Tumeurs kystiques des ovaires ; cancer squirrheux et colloïde du rectum et du vagin ; fistule recto-vaginale consécutive ; tumeurs secondaires dans le foie, chez une femme enceinte. Avortement provoqué à quatre mois et demi. Mort avec des phénomènes d'obstruction intestinale.**

Bulletins de la Société anatomique, 7 février 1879, et *Progrès médical*, 1879.

10. — **Thrombo-phlébite puerpérale de la veine mésaraïque. Apoplexie veineuse partielle de l'intestin grêle, par MM. Maygrier et Letulle.**

Bulletins de la Société anatomique, juin 1898.

La femme qui a fait le sujet de cette communication, multipare, albuminurique et n'ayant pas voulu suivre le régime lacté, est accouchée d'un enfant mort et macéré de six mois environ. Elle a succombé au bout de douze jours avec des phénomènes analogues à ceux d'une péritonite aiguë par perforation, sans avoir présenté d'élévation de température. A l'autopsie on a trouvé des traces de péritonite récente et l'intestin grêle énormément tuméfié, d'une couleur rouge sombre, sur une étendue de $1^m,50$. Les veines du mésentère étaient extraordinairement dilatées, et de nombreuses coagulations oblitéraient la lumière des ramifications de la veine mésaraïque correspondante. Au microscope la paroi intestinale présentait un épaississement considérable au niveau de la sous-muqueuse ; les espaces interstitiels étaient transformés en de véritables lacs sanguins. Les éléments anatomiques étaient comme dissociés et perdus au milieu d'une masse énorme de globules rouges et blancs. La plupart des grosses veinules de la région étaient atteintes d'endophlébite.

Cette observation est tellement exceptionnelle qu'il nous a été impossible d'en trouver une identique dans les recueils scientifiques. L'état puerpéral qui frappe si fréquemment les veines des membres, du cou, du crâne et du bassin, respecte d'ordinaire la veine porte et ses vaisseaux d'origine.

Parmi les observations les plus intéressantes qui ont été recueillies dans les différents services que nous avons dirigés, et qui ont été publiées dans les thèses de nos élèves, thèses dont elles ont été souvent le point de départ, nous en indiquerons quelques-unes plus particulièrement.

1. — **Dix observations de rétention des membranes publiées dans la thèse du Dr Dubourg (*De la rétention des membranes dans l'utérus après l'accouchement*, Paris, 1884).**

2. — Observation de présentation primitive de la face constatée quatre jours avant le début du travail, dans la thèse du Dr Lanselle (*De la présentation primitive de la face*, Paris, 1888).

3. — Quatre observations d'hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré, dans la thèse du Dr Moreau (*Du décollement prématuré du placenta inséré normalement dans les trois derniers mois de la grossesse*, Paris, 1888).

4. — Fracture intra-utérine de la clavicule, d'origine rachitique, pseudarthrose : diagnostic confirmé par l'examen histologique. Observation publiée dans la thèse du Dr Vilcocq (*Fractures intra-utérines*, Paris, 1888).

5. — 1° Grossesse gémellaire. Fœtus superposés en T, le premier se présentant par le sommet.

2° Grossesse gémellaire. Fœtus superposés en T. Décollement prématuré du placenta et épanchement de sang dans la cloison.

3° Grossesse gémellaire. Hydramnios. Fœtus placés l'un au-devant de l'autre. Le postérieur engagé présente le siège ; l'antérieur le sommet.

Observations publiées dans la thèse du Dr Lamiot : *De la situation des fœtus et de la disposition des œufs dans les cas de grossesse gémellaire*, Paris, 1888.

6. — Grossesse simple compliquée de fibrome de la paroi postérieure de l'utérus. Diagnostic avec la grossesse gémellaire.

Observation publiée dans la thèse du Dr Marquëzy : *Des difficultés du diagnostic des fibromes de la paroi postérieure de l'utérus dans le travail de l'accouchement*, Paris, 1891.

7. — Rigidité syphilitique du col. Application de l'écarteur Tarnier. Mort de l'enfant pendant le travail. Basiotripsie.

Observation publiée dans la thèse du Dr Lecamus : *De la rigidité syphilitique du col de l'utérus comme cause de dystocie. Sclérose syphilitique du col*, Paris, 1891.

8. — Accès fébrile consécutif à une injection intra-utérine.

Observation publiée dans la thèse du Dr Getten : *Les injections intra-utérines chez les nouvelles accouchées*, Paris, 1891.

9. — Rétrécissement du bassin. Application de forceps au détroit supérieur. Enfoncement du frontal.

Observation publiée dans la thèse du Dr Lelièvre : *Des enfoncements et des fractures chez le fœtus pendant l'accouchement*, Paris, 1892.

10. — Présentation de l'épaule droite en AIG. Tentatives infructueuses de version faites en ville. Tétanisation de l'utérus et rétraction de l'anneau de Bandl. Embryotomie.

Observation publiée dans la thèse du Dr Markowitch : *De la dystocie causée par l'anneau de Bandl*, Paris, 1894.

11. — Observations de symphyséotomie dans la thèse du Dr Jorand (*Accidents et complications de la symphyséotomie*, Paris, 1896).

12. — Rétrécissement du bassin; présentation de la face. Tentative infructueuse de forceps en ville. Enfant mort. Basiotripsie. Rupture utérine et thrombus sous-péritonéal. Mort.

Observation publiée dans la thèse du Dr Dupouy : *Pathogénie des hémorragies para-utérines sous-péritonéales*, Paris, 1896.

13. — Trois observations de bassin vicié par luxation coxo-fémorale congénitale, publiées dans la thèse du Dr Guerlain (*De la luxation congénitale de la hanche chez l'adulte*, Paris, 1896).

14. — Bassin rachitique généralement rétréci. Accouchement prématuré artificiel et symphyséotomie. Accidents de décubitus aigu : eschares sacrée et trochantériennes. Cachexie. Mort trois mois après l'opération.

Observation publiée dans la thèse du Dr D. Michel : *Le decubitus acutus comme complication de la symphyséotomie*, Paris, 1897.

15. — Appendicite à six mois de grossesse, simulant une occlusion intestinale. Cœliotomie, mort.

Observation publiée dans la thèse du Dr Jarca : *Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches*, Paris, 1898.

16. — Thrombus du vagin chez une femme enceinte de sept mois environ. Terminaison par résorption.

Observation publiée dans la thèse du Dr Schachmam : *Le thrombus du vagin chez les femmes enceintes*, Paris, 1898.

17. — **Nombreuses observations d'accouchements rapides dans la thèse du Dr Bonnemaison** (*Des accouchements rapides ou non surveillés et de leurs complications*, **Paris, 1898**).

Ces faits proviennent de la Maternité de Lariboisière (1896 et 1897) et se rapportent à des accouchements précipités effectués sur la voie publique, en voiture, etc. Au point de vue clinique et médico-légal, il est important de rechercher quels accidents peuvent se produire en pareil cas, et dans quelle proportion on les observe. Or, sur 38 accouchements survenus dans ces conditions, 21 se firent sans accidents et 17 présentèrent des complications.

Ces derniers se décomposent ainsi :

8 fois il y eut rupture du cordon ombilical, dont 2 avec rupture du périnée et 1 avec fracture d'un des pariétaux. — 2 fois il y eut déchirure du périnée. — L'enfant mourut dans 3 cas, s'étant présenté 2 fois par le siège. Il y eut 2 fois ophtalmie purulente immédiatement après la naissance. Enfin dans 2 cas la mère eut une hémorragie *post partum*.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

TITRES SCIENTIFIQUES

DEUXIÈME PARTIE

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY